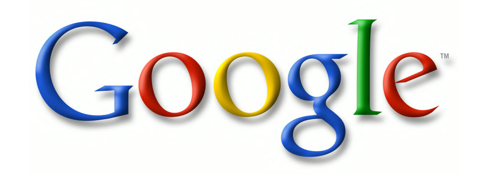
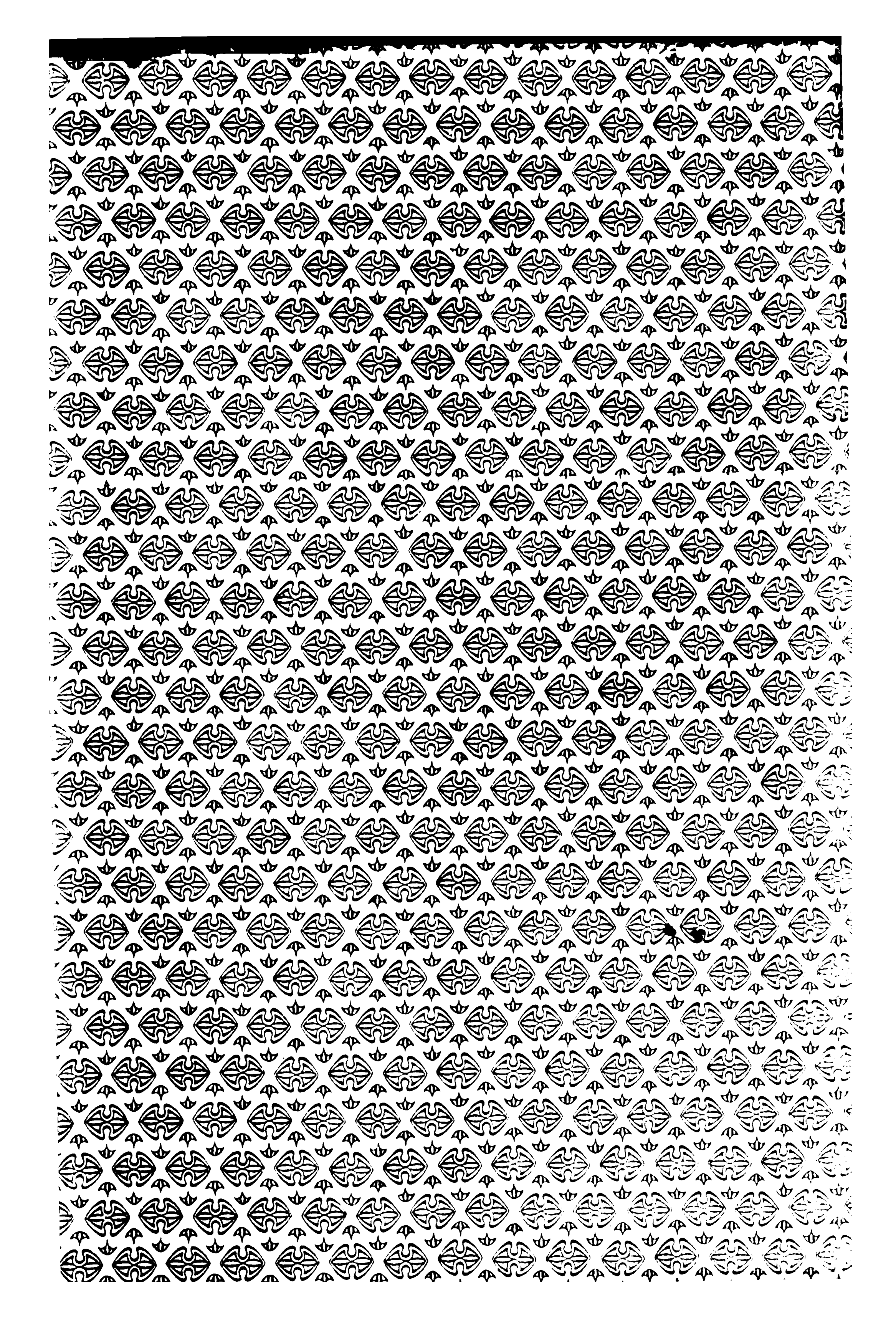
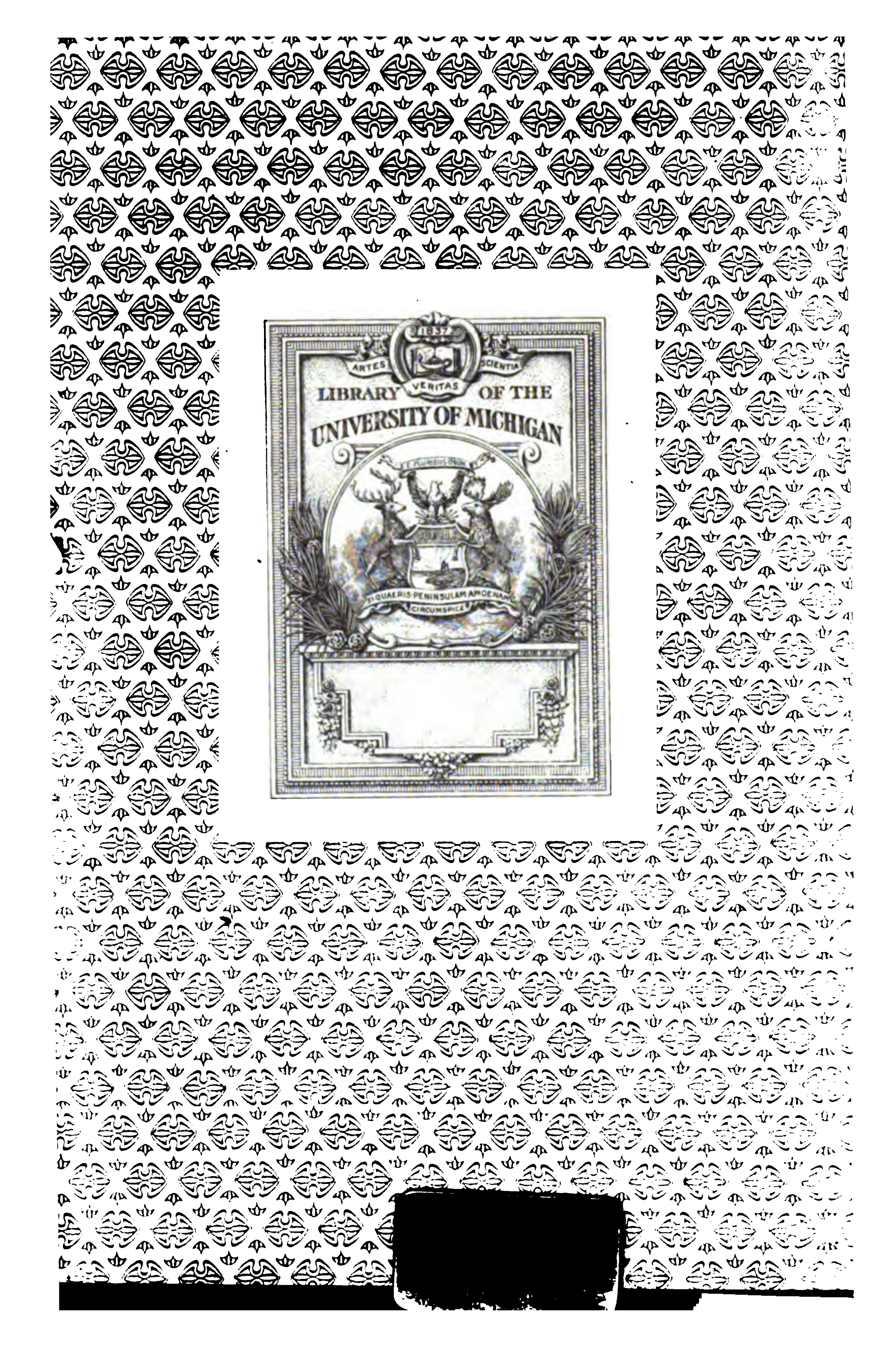
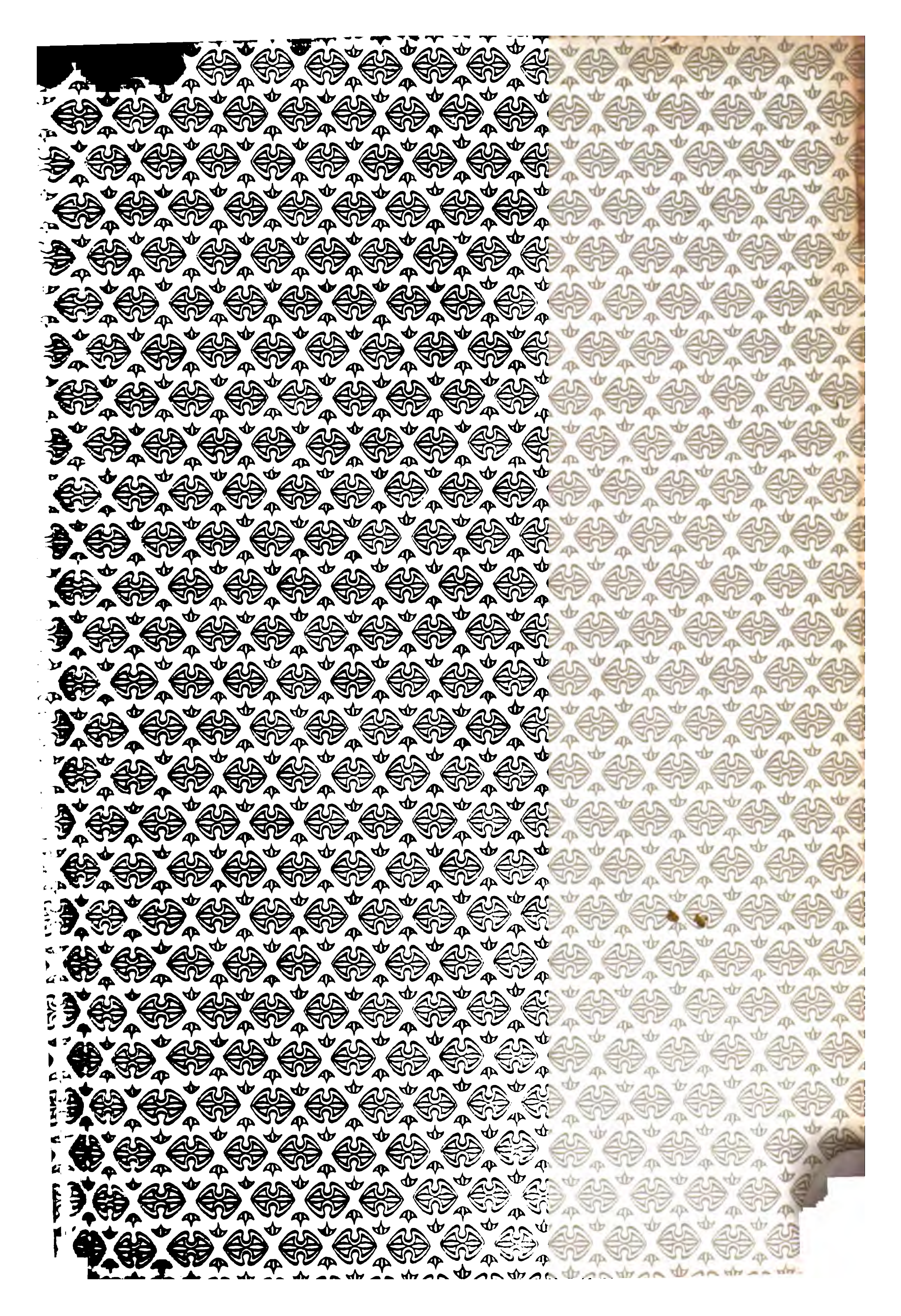




1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE




1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **F. Cardone** (Neapel), **O. Chiari** (Wien), **B. Fränkel** (Berlin), **L. Góngora** (Barcelona), **Th. Hering** (Warschau), **M. Johnston** (Edinburgh), **G. Jonquière** (Bern), **G. M. Lefferts** (New-York), **N. Lunin** (St. Petersburg), **P. M'Bride** (Edinburgh), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **G. Sentiñon** (Barcelona)

herausgegeben

von

FELIX SEMON

London.

Fünfter Jahrgang.

(Juli 1888 bis Juni 1889.)

Berlin, 1889.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Monographien und grössere Aufsätze:

IV. Nekrologe.

V. Briefkasten. Varia.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang V. Berlin, Juli. 1888. No. 1.

I. Die laryngologische Literatur des Jahres 1887.

Die diesmalige Uebersicht über die laryngologischen Productionsverhältnisse des Vorjahres bietet kaum Anlass zu anderen Bemerkungen, als sie bei den gleichen Gelegenheiten in früheren Jahrgängen gemacht worden sind. Wiederum hat die Zahl der laryngo-rhinologischen Arbeiten zugenommen: in unserer Zusammenstellung beträgt sie 1550, und da hier die bei Congressen etc. gehaltenen Vorträge nicht mitgezählt sind und ausserdem noch eine Reihe von Referaten aussteht, so dürfte 1700—1800 der Wirklichkeit mehr entsprechen. In summa wird also die Gesammtproduction der vier Jahre 1884—88 sich auf mindestens 5300 Arbeiten belaufen! Ueber die Bedeutung dieser Massenproduction haben wir uns bei früheren Gelegenheiten zur Genüge ausgesprochen.

Was die speciellen Productionsverhältnisse der einzelnen Länder anbelangt, so stehen sich Grossbritannien, Frankreich und Nordamerika etwa gleich, doch entfällt das absolute Maximum in diesem Jahre auf das erstgenannte Land. Die übrigen Verhältnisse sind ziemlich stationär geblieben, und auch unter den Ländern selbst keine wesentlichen Verschiedenheiten erfolgt. Ebenso weist auch die Vertheilung der Arbeiten auf die einzelnen Gebiete unseres Specialfaches eine überraschende Gleichheit mit dem Vorjahre auf, wie eine Vergleichung des Resultats der zweiten hier folgenden Tabelle mit dem der entsprechenden Tabelle des Jahres 1886 (vgl. Centralblatt IV., S. 6) überzeugend lehrt.



	Kehlkopf	Schilddrüse	Oesophagus	Zusammen
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]	4	[illegible]
	[illegible]	4	[illegible]	130
	[illegible]	[illegible]	4	113
	[illegible]	4	5	52
	[illegible]	[illegible]	1	42
	[illegible]	[illegible]	—	19
	3	—	4	16
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	13
	2	—	—	12
	3	—	—	8
	[illegible]	—	—	3
	217	55	43	772

[illegible] des Jahres 1887.

[illegible]	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	375
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	345
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	320
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	265
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	111
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	33
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	4	20
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	16
[illegible]	[illegible]	[illegible]	—	—	12
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1550

II. Referate.

a. Allgemeines, Aeusserer Hals, Therapeutisches etc.

1) **Bequer y Casadesus** (Barcelona). **Die Fortschritte in der Laryngologie, eine positive Förderung der Heilkunde.** Vorlesung in der medicin.-pharm. Academie. **(Les progreses de laryngologie constituyen unadelanto positivo de la medicina.)** Discurso leido an l'Academi medica-farmaentia. *Revista de Laringologia, Otologia y Rinologia. Tomo III. No. 7. Barcelona. 1888.*

Diese Arbeit ist eine glänzende Lobrede auf die Specialität des Verf., der auf Grund zahlreicher geschichtlicher Thatsachen den Einfluss der Laryngologie auf den allgemeinen Fortschritt der Heilkunde darzuthun sucht und so den Beweis liefert, dass er in seinem Fache ebenso im Bereich der Gelehrsamkeit als dem der Praxis zu Hause ist. GONGORA-SENTINON.

2) **F. de Havilland Hall** (London). **Mittheilungen aus der Halsabtheilung. (Notes from the throat-department.)** *Westminster Hospital Reports. 1886.*

In dieser Arbeit berichtet H. über einige der interessanteren Fälle, welche im vorhergehenden Jahre auf der Abtheilung vorkamen.

Ein Patient hatte eine Larynxecchymose, die durch einen Fall von einer 8 Fuss hohen Treppe entstanden war. Dabei war der Schildknorpel getroffen worden. Die Bewegung des linken Stimmbandes war vorübergehend durch die Infiltration der Gewebe um den Giessbeckenknorpel geschwächt.

In einem anderen Fall von syphilitischer Laryngitis hatte sich in wenigen Tagen ein Gewebe zwischen den Stimmbändern gebildet, welches zur Tracheotomie nöthigte.

Ein anderer Fall von grossem Interesse war ein Erysipel des Larynx, verbunden mit acuter Glossitis.

Eine junge Frau von 20 Jahren kam mit einer Art hysterischen Larynxkrampfes, wobei die Stimmbänder die Neigung hatten, sich bei der Inspiration zu nähern. Sie besserte sich schnell nach Bromkali mit Baldrian; ein zweiter Anfall wurde durch eine ähnliche Behandlung beseitigt.

Es sind ferner zwei Fälle von Neubildungen zu erwähnen:

Der eine war ein unschuldiger Tumor, der an dem rechten Stimmband sass; 1881 hatte er die Grösse einer gespaltenen Bohne. Patientin verweigerte die Exstirpation. Als sie sich 1885 wieder vorstellte, hatte der Tumor die Grösse einer Brombeere: er wurde mit einer Zange unter Cocaïn entfernt.

Der zweite Fall war ein Epitheliom, ein weisses Blumenkohlgewächs, welches offenbar von dem linken Taschenband ausging und nahezu die ganze Glottis ausfüllte.

Patient hatte sehr wenig Beschwerden und verweigerte die Operation. Dieser Fall hätte sich sehr gut zur Abtragung des halben Larynx geeignet.

Zwei Patienten hatten Larynxsymptome in Folge von Aneurysma, und bei

... bis zum Tode verfolgt
... Cadaverstellung ein.
... unbeweglich in der Ca-

... ulcerirter Flächen
... der Brausepastillen

... bei Ope-
... Wirkung dieses

... sehr

... bei wel-
GARROD.

... Dr. Bardeleben

... Abscess der Zunge, Car-
... grossen Kehlkopfpolypen
... entfernt wurde,
... Struma, darunter 3 letal
... eines Pharynxsarcomes,
... Carcinom, einmal wegen
SCHECH.

... Exstirpation tuberculöser Lymphdrüsen.

SCHECH.

... Lymphangioma cysticum congenitum

... ein weicher, bedeutend
... wenn die Patientin
... den Mm. sternocleido-
... hinunter; seine
... — Zur Zeit
... gewachsen. Die Ge-
... exstirpirt.
SCHMIEGELOW.

... vollständige Halskiemenfistel. *Peters-*

... zwischen der Sternal-
... taubeneigrosse Ge-
... Haut eine kleine Oeff-
... trübe Flüssigkeit
... werden; sie

füllt sich aber am folgenden Tage von Neuem. Nach Spaltung der Cyste und Verheilung des Sackes blieb eine kleine Fistelöffnung übrig, durch die man mit einer schwach gekrümmten Sonde einerseits bis zur Höhe des oberen Schildknorpelrandes, andererseits in den Pharynx gelangen kann. Es lag also eine einseitige vollständige Halskiemenfistel vor. LUNIN.

7) **Batut. Studium über das Hygroma der Bursa thyreohyoidea. (Etude sur l'hygroma de la bourse thyro-hyoïdienne.)** *Thèse de Bordeaux. 1887.*

Die Geschichte dieser Frage, ihrer Aetiologie und die classischen Symptome dieser Affection bilden mehr als die Hälfte dieser Arbeit. Die Radicalbehandlung (Exstirpation) ist die einzig wirksame. E. J. MOURE.

8) **W. H. Jalland** (York). **Tumor der linken Parotis. Maligne Erkrankung des Unterkiefers. Medullarsarcom des Unterkiefers. (Tumor of left parotid. Malignant disease of lower jaw. Myeloid sarcoma of lower jaw.)** *Lancet. 7. Januar 1888.*

Eine Frau von 39 Jahren wurde mit einem Tumor der Parotis aufgenommen, welcher vor 20 Jahren aufgetreten, dann allmälig gewachsen war, bis er im letzten Jahre rapide an Umfang zunahm. In demselben Jahre bekam sie auch heftige Schmerzen im Hinterhaupt und in der linken Seite des Gesichts.

Bei der Aufnahme hatte der Tumor der linken Parotis die Grösse einer kleinen Cocusnuss und war frei von oben nach unten beweglich. Er hatte die ganze Parotis ergriffen. Der Tumor wurde glücklich exstirpirt; er wog 270 Grm. und bestand hauptsächlich aus Knorpel. Nach der Exstirpation trat eine linksseitige Facialisparalyse ein.

Der zweite Fall betraf einen Tumor des linken Unterkieferastes; keine Drüsenschwellung. Der Tumor, welcher die Grösse eines Hühnereies hatte, wurde glücklich exstirpirt.

In dem dritten Fall erstreckte sich die Neubildung vom Eckzahn zum letzten Backzahn rechterseits. Es wurde der grössere Theil der rechten Hälfte des Unterkiefers entfernt und Patient machte eine gute Genesung durch. A. E. GARROD.

9) **La Sota y Lastra. Angina Ludovici. (Angina de Ludwig.)** *Rev. de Med. de Sevilla. Bd. XI. No. 7. 1887.*

Submaxilläre Adenophlegmone mit schweren Allgemeinerscheinungen infectiösen Charakters begleitet. Heilung und spätere Ausstossung von einem an Grösse und Gestalt weizenkornartigen Steinchen durch den Ductus Whartonianus. Verf. neigt zur Annahme, dass die Gegenwart des Steines Veranlassung zur Entwickelung von Fäulnisskeimen und so die wahrscheinliche Ursache der submaxillären Entzündung gegeben hat. GONGORA-SENTINON.

10) **Barclay J. Baron** (Clifton). **Ein ungewöhnlicher Fall von Hautfärbung durch Höllenstein. (Unusual case of staining of the skin by nitrate of silver.)** *Brit. Med. Journal. 22. October 1887.*

Die Färbung war jedenfalls bei der Patientin durch die beständige Pinselung mit einer Höllensteinlösung wegen einer Halsaffection herbeigeführt worden. [Sehr beachtenswerth! Red.] A. E. GARROD.

der
we

dav

mit
zur

ratio
Mitte

öden.

chen

3) K
pro

cinom
unter
sind
enden
zwei
Tuber

4) Br
tum

5) Sö
coll.

disfig
schrie
mast
obere
der G
schw

6) F
be

por
sch
nur
er

Emphysem, wenn dabei chronische Bronchitis besteht, und beim Asthma in Folge von Erkrankung der oberen Luftwege.

Man kann den Einwand erheben, dass die Resultate den Salpeterdämpfen zu verdanken sind. Es haben jedoch viele Autoren verschiedene Processe angewandt und gleich gute Resultate erhalten.

Zwar kann bei diesem Process eine Reizung, ja selbst eine Entzündung der Lunge eintreten; diese Gefahr ist jedoch nicht zu befürchten, wenn die Inhalation nicht zu lange währt, oder wenn nicht kalte Luft unmittelbar darauf eingeathmet wird. Ausserdem muss man Vorsorge gegen chronische Silbervergiftung treffen. M. glaubt, dass diese Methode keine Vortheile gegenüber denjenigen hat, welche zur Anwendung dieses Mittels in der Nase, dem Pharynx und Larynx im Gebrauch sind. A. E. GARROD.

13) **Nyrop. Elektrisches Licht für ärztliche Zwecke.** *Monatsschrift für ärztliche Polytechnik. No. 2. 1887.*

Das Journal ist dem Referenten unzugänglich. SCHECH.

14) **Hartmann. Instrumente zur Untersuchung und Behandlung der Ohr- und Nasenkrankheiten.** *Monatsschrift für ärztl. Polytechnik. 1887.*

Das Journal war dem Referenten nicht zugänglich. SCHECH.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **J. E. Shadle. Rhinologie. (Rhinology.)** *Medical Bulletin. Philadelphia. November 1887.*

S. empfiehlt den Aerzten eine bessere Kenntniss der Nasenkrankheiten.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

16) **W. S. Kendrick. Nasenkrankheiten. (Diseases of the nose.)** *Atlanta Medical and Surgical Journal. December 1887.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

17) **Wilhelm Roth (Wien). Die Erkrankungen der Nasenschleimhaut, ihre Beziehungen zum übrigen Organismus und Behandlung derselben.** *Centralblatt für die gesammte Therapie. October und November 1887.*

Uebersichtlich und klar geschriebener Aufsatz über die Wichtigkeit der Nase, namentlich der Reflexneurosen. R. ist gegen Hack der Ansicht, dass es zur Erregung der Reflexe nicht des Mittelgliedes der Schwellkörper bedarf. Die Anschauungen Böcker's kann R. gleichfalls nicht alle theilen. Zum Schluss verwahrt sich R. gegen die ihm unterschobene Ansicht, als wolle er die Galvanokaustik ohne kritische Wahl für jeden Fall empfehlen; er wendet sie vielmehr nur an, wo ein positiver Befund in der Nase vorliegt. SCHECH.

18) **Isch-Wall. Das erectile Gewebe der Nasenhöhlen. (Du tissu érectile des fosses nasales.)** *Progrès méd. 10. u. 17. September 1887.*

W. erinnert daran, dass dieses Gewebe erst seit den Untersuchungen von Zuckerkandl, Fraenkel, J. Mackenzie und Hack gut bekannt sei. Zur



Prüfung dieser Untersuchungen hat er sein Studium bei den Embryonen der Säugethiere (Schweine, Katzen und Ratten) und bei einem 7monatlichen Fötus unternommen. Er hat gleichmässig die Existenz reichlicher Capillaren constatirt.

Kurz, W. hat bei Thieren und bei erwachsenen Menschen das Vorhandensein eines cavernösen Gewebes im Niveau der unteren Nasenmuschel festgestellt; eines Gewebes, welches aus den verschiedensten Ursachen anschwillt.

E. J. MOURE.

19) Arviset (Lyon). **Beitrag zum Studium des erectilen Gewebes der Nasenhöhle. (Contribution à l'étude du tissu érectile des fosses nasales.)** *Thèse de Lyon. August 1887.*

In dem ersten Theil bespricht A. die jüngst gewonnenen anatomischen und physiologischen Kenntnisse über das erectile Nasengewebe. In dem zweiten versucht er, die Pathogenese der verschiedenen Epistaxisformen zu erklären. A. hat dieselben Erscheinungen und dieselbe Disposition constatirt, wie Isch-Wall bei verschiedenen Thieren und dem erwachsenen Menschen. Wie dieser Autor fügt er hinzu, dass die erectile Natur der Schleimhaut der Nasenmuscheln (besonders der unteren) ihre Erklärung findet durch die Physiologie (Anschwellung unter verschiedenen Einflüssen; darunter bemerkt er den Einfluss der Geschlechtsorgane auf die Nasenschleimhaut).

Mit Hartmann und Kiesselbach glaubt er, dass gewisse Formen von Epistaxis, die von der vorderen unteren Partie der Scheidewand herkommen, durch das erectile Gewebe in diesem Niveau bedingt sind. Die Zunahme des Blutdruckes genügt, um eine Ruptur der Grundmembran und des Epithels, welche allein die Gefässmaschen bedecken, hervorzurufen. Daher kommt die Epistaxis durch Anstrengungen, wie Husten, Niesen, Schreien, Insolation, Gemüthsbewegung etc.

Verf. erinnert auch daran, dass bei gewissen Frauen das cavernöse Gewebe der Nase bei jeder Regel anschwillt.

Es ist eine gut und klar angefertigte Arbeit. E. J. MOURE.

20) Villedary. **Beitrag zum Studium der Nasenvaricen und ihrer Behandlung. (Contribution à l'étude des varices nasales et leur traitement.)** *Thèse de Bordeaux. 1887.*

Eine in der Klinik des Ref. angefertigte Arbeit. V. setzt die Ansichten von Voltolini, Calmettes, Kiesselbach, Bandler, Hartmann etc. über diesen Gegenstand auseinander und, indem er die varicösen Dilatationen in der Nasenhöhle, besonders an der Nasenscheidewand, studirt, zeigt er, dass diese Ectasien sehr häufig den Ausgangspunkt von Hämorrhagien bilden. Die sehr einfache Behandlung besteht in der Zerstörung der Gefässerweiterungen mit Chromsäure oder dem Galvanocauter, wie dies schon Voltolini gerathen hat.

E. J. MOURE.

21) Sophie Geduld (Bern). **Beiträge zur pathologischen Anatomie der Nasenhaut.** Berner Dissertation. A. Birnstein. Odessa. 1887.

Eine rein histologische Arbeit, welche unter der Leitung des Prof. Langhans an Hautschnitten bei vier Fällen von Hyperplasie, worunter eine Acne ro-

sacea und ein Molluscum lipomatosum, gemacht worden ist. Es zeigt sich bei bei allen Schnitten, dass hauptsächlich die tieferen Schichten, die Region der Talgdrüsen und die darunter gelegenen Partien verdickt sind. Der Bau ist lockerer als normal. Mastzellen kommen zahlreich vor, während sie in der normalen Haut fehlen. Die Blutgefässe, besonders die Capillaren, sind hochgradig erweitert und verdickt. Die Talgdrüsen sind cystisch erweitert, besonders da, wo die Drüsenläppchen zum Ausführungsgang zusammentreten. Es entstehen daselbst Cysten mit weissem Brei. Daneben finden sich entzündliche Herde, welche merkwürdigerweise Riesenzellen enthalten. Ob auch diesen Riesenzellen Bacillen als Fremdkörper zur Entstehung geholfen haben, lässt Verf. dahingestellt. Er fand wenigstens in den Ausführungsgängen der Talgdrüsen weit hinein Coccen. Er vermuthet, es könnten auch verhornte Epidermiszellen, welche constant in der Nähe von Riesenzellen in Cystenwandungen vorkommen, die Bildung verursachen. Hiermit würde eine Beobachtung von Langhans an einem Keloid übereinstimmen. JONQUIERE.

22) **Després** (Paris). **Angeborene Cyste des Nasenrückens. (Kyste congénital du dos du nez.)** *Société de chirurg. Paris. 6. Juli 1887.*

D. stellt ein operirtes und geheiltes Kind vor. E. J. MOURE.

23) **H. G. Rawdon** (Liverpool). **Angeborene Missbildung der Nase und andere Missbildungen des Gesichts. (Congenital deformity of the nose with other defects of the face.)** *Liverpool Medico-chirurgical Journal. Juli 1887.*

Die in dem beschriebenen Fall vorhandene Deformität war einseitig und beschränkte sich auf die rechte Seite. Da die Verhältnisse sehr interessant sind, so wollen wir des Autors eigene Worte wiedergeben: „Die ganze rechte Hälfte der Nase scheint beim ersten Anblick zu fehlen; die linke ist bis zur Medianlinie wohl entwickelt, wo die Haut, da, wo sie dem Septum entprechend, am meisten prominirt, direct nach hinten geht in gleichem Niveau mit der rechten Wange und den Hautgebilden, deren Fortsetzung sie ist. Es existirt daselbst keine Andeutung des vorderen Nasenloches, dessen natürliche Lage mit Haut überbrückt ist. Da, wo der Nasenflügel entwickelt sein sollte, bemerkt man ein hervortretendes Knötchen, anscheinend knorpeliger Natur. Die rechte Hälfte des Nasenrückens fehlt. Von der Stelle aber, die seine Basis gebildet haben würde, nach innen vom inneren Augenwinkel, geht ein pendelnder fleischiger Auswuchs aus, der fest an die darunter liegenden Gebilde befestigt ist."

Dieser Auswuchs wird weiter beschrieben als ca. 2 Ctm. lang und $1^1/_2$ Ctm. im Durchmesser, ausgenommen an der Basis, wo er etwas gestielt ist. In der Regel pendelt er; wenn jedoch das Kind schrie, stellte er sich in einen rechten Winkel zum Gesicht und wurde kürzer als zuvor. Er war von einem Centralcanal durchbohrt, durch welchen man eine Sonde bis zu seinem Befestigungspunkte führen konnte.

Das rechte Auge war collabirt und ohne Cornea; die Augenlider waren mangelhaft; in der Oberlippe, nach rechts von der Mittellinie, befand sich ein kleiner Knoten; der Kiefer war mit dem Intermaxillarknochen unvollständig vereinigt. Man konnte constatiren, dass der durch das Centrum des Auswuchses

gehende Canal zuweilen Schleim entleerte; bisweilen auch Luftblasen, ein Beweis, dass er wahrscheinlich mit dem Nasenrachenraum in Verbindung stand.

Der Autor erklärt die Entstehung der eben beschriebenen angeborenen Anomalie als „bedingt durch die partielle mangelhafte Vereinigung der die Augen und Nase bildenden Gewebe auf der rechten Seite, welche von dem Hautepiblast und der entsprechenden vorderen Hirnblase ausgehen". M'BRIDE.

24) Guranowski. **Ueber einen Fall von Ulcus molle im Mittelohre und der Nase.** *Deutsche Medicinal-Zeitung. No. 3. 1887.*

Verimpfung eines Ulcus molle von den weiblichen Genitalien aus auf die Nasenscheidewand, das Mittelohr, den Tragus und den äusseren Gehörgang.

SCHECH.

25) C. M. Campbell (London). **Plastische Operation wegen Zerstörung der Nase durch Syphilis. (Plastic operation for destruction of nose by syphilis.)** *Lancet. 17. September 1887.*

Patient, ein 15jähriger Knabe, syphilitisch, hatte im 7. Jahre eine Keratitis, im 13. Jahre Schwellung und Erweichung der Nase, an der eine Verletzung ein offenes Geschwür hinterliess.

Im Januar 1887 wurden Knochen exfoliirt und das Allgemeinbefinden litt sehr. Bei seiner Aufnahme in's Krankenhaus war die Nase, mit Ausnahme der Spitze und der Flügel, geschwunden, desgleichen das Septum. Daneben bestand ein reichlicher, fauliger Ausfluss. Die Spitze und Flügel drohten zu Grunde zu gehen. Der weiche Gaumen war zum Theil zerstört. Patient besserte sich bei antisyphilitischer Behandlung und guter Ernährung; die Ränder der Nasenwunde heilten in 5 Wochen. Sie hatten sich jedoch sehr stark contrahirt, so dass kaum die Spitze eines kleinen Fingers in die Höhle eindringen konnte. Am 20. April wurde das einzige Nasenloch ganz erweitert und der obere Rand der Spitze und der Flügel angefrischt. Alsdann wurde längs des Aussenrandes der Flügel eine Incision gemacht und bis zu den Augen aufwärts geführt. Die Lappen wurden sodann aufwärts abgelöst, bis sie sich in der Mittellinie ohne Spannung trafen. Hierauf wurden die Lappen mit Hasenschartennadeln und Silbernähten befestigt; letztere wurden am 4. Tage entfernt und eine Gummiröhre in das Nasenloch eingeführt. Der Patient machte eine gute Genesung durch und wurde mit der Weisung entlassen, die Erweiterung des Nasenloches fortzusetzen.

Der Fall, welcher als Lupus in's Krankenhaus aufgenommen wurde, ist deshalb bemerkenswerth, weil es zweifelhaft war, ob die Syphilis ererbt, oder zufällig in der Kindheit erworben war. Die Arbeit enthält mehrere Holzschnitte zur Erläuterung. A. E. GARROD.

26) Emile Laurent (Paris). **Schanker an der Nasenwurzel. (Chancre siégeant à la racine du nez.)** *Gaz. méd. de Paris. 17. October 1887.*

Es handelt sich um einen syphilitischen Schanker, welcher bei einem 23jährigen Manne beobachtet wurde. E. J. MOURE.

27) Obalinski (Krakau). **Zur Aufrichtung eingesunkener Nasen vermittelst plastischer Operationen.** *Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 24. Heft 1 u. 2. 1886.*

O. bespricht die üblichen Methoden und theilt einen selbst operirten Fall

mit, der grosse Schwierigkeiten darbot. Die Einsenkung betraf beide Nasenflügel, welche O. aus der Wange ergänzte. Details im Original. SCHECH.

28) **Köhler** (Berlin). **Ein Fall von Rhinoplastik.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 33. S. 623. 1887.*

Vorstellung eines Patienten, dem Prof. Bardeleben aus der Stirn eine Nase gebildet hatte, im Charité-Verein. Eine früher der Wangenhaut entnommene Nase war schlaff geworden und musste durch eine neue ersetzt werden.

B. FRAENKEL.

29) **Gilbert Soring. Verschluss des Naseneingangs. Operation. Heilung. (Obliteration of the orifice of the nose. Operation. Relief.)** *Med. and Surg. Report. Philadelphia. 15. October 1887.*

Eine syphilitische Ulceration hatte die Nasenbeine und die unteren Muscheln beiderseits zerstört, desgleichen das knorpelige und die untere Hälfte des knöchernen Septums, so dass an der ursprünglichen Stelle der Nase keine Oeffnung zurückblieb. Es existirte nur eine Oeffnung von 3 Ctm. im Geviert in dem Proc. palatinus des Oberkiefers, grade hinter der vorderen unteren Vereinigungsstelle.

Der Patient litt an wiederholtem Glottiskrampf und athmete ganz durch den Mund. Die Operation bestand darin, dass man, ohne Narcose, einen senkrechten Schnitt in der Mittellinie, in der Gegend der Fossa nasalis, machte, hierauf den linken Zeigefinger als Leiter durch die Oeffnung im knöchernen Gaumen einführte und alsdann im rechten Winkel zum ersten Schnitt einen Horizontalschnitt in einer Linie mit dem Boden der Nase herstellte. Indem man die beiden dreieckigen Lappen bei Seite drängte, wurde in die hergestellte Oeffnung ein weicher Catheter (No. 20 der amerikanischen Scala) eingeführt und nach hinten in die Choanen geleitet, während sein äusseres Ende an der Stirn mit einem Heftpflaster befestigt wurde. Nachdem der Patient den Catheter etwa einen Monat lang getragen hatte, war der künstliche Canal in der Nase gut geheilt. Es wurde alsdann eine Metallröhre eingepasst, welche er mit grosser Erleichterung trug.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

30) **J. H. Pringle. Notiz über einen merkwürdigen Unfall. (Note of a curious accident.)** *Edinburgh Med. Journal. December 1887.*

Ein Stück Holz kam in Contact mit einem sich drehenden Rade. Fragmente von ersterem wurden abgesprengt und trafen den Patienten im Gesicht, nahe der Vereinigung der Nasenbeine. Der eine Splitter war längs der Nase eingedrungen nnd wurde leicht extrahirt. Der andere war jedoch so fest in den Oberkiefer eingebettet, dass man das Oberkieferbein mit einem Meissel spalten musste, um ihn zu entfernen. Danach entstand eine so starke Schwellung des weichen Gaumens, dass man die Tracheotomie machen musste. Drei Tage nach dem Unfall starb der Patient ganz unerwartet an Lungencomplicationen. Bemerkenswerth ist dabei, dass, wie die Section ergab, keine Verletzung des Gehirns stattgefunden hatte.

M'BRIDE.

31) **R. Wehmer** (Frankfurt a. O.). **Ueber Nasenkrankheiten, welche mit Schnupfen verbunden sind etc.** *Deutsche Medicinal-Zeitung. No. 61—63. 1887.*

Sehr gut und klar geschriebener Aufsatz, in dem namentlich die moderne

Therapie der Krankheiten der Nase in einer äusserst übersichtlichen Weise besprochen wird. Als einen Nachtheil der Mikulicz'schen Methode der Eröffnung der Highmorshöhle betrachtet W. den Umstand, dass man nicht sieht, was man thut. Die Bayer'sche Methode, Eröffnung des Hiatus semilunaris mittelst Galvanocauter, hat nach Ansicht des Verf. den Nachtheil, dass die Höhle zu hoch oben eröffnet wird und die Durchspülung der Höhle ungenügend ist. Der Aufsatz kann Allen, die sich um die Fortschritte der Rhinologie interessiren, auf das Beste empfohlen werden. SCHECH.

32) **Krauss** (Winnenthal). **Zur Therapie der Respirationskrankheiten.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 3. 1887.*

Ausführliche Beschreibung des Verlaufes und der Behandlung eines überstandenen Schnupfens, wobei warme Bekleidung, reizende Fussbäder, Brechmittel, Diaphoretica, Clysmata, Pulvis Doweri etc. eine Hauptrolle spielten. Verf., der lange Sätze und Kraftsprüche sehr liebt, theilt die Respirationskrankheiten in rein catarrhalische, rheumatische und infectiöse ein. Auch die letztere Form — eine Diphtherie — hat Verf. stoisch durchgemacht, indem er nichts als „Wasser" anwendete. Ob das „gute alte Gold", das Verf. so sehr rühmt, werth ist vor Vergessenheit bewahrt zu werden? SCHECH.

33) **D. Bargellini** (Florenz). **Prophylaxis des Niesens und der Epistaxis. (La profilassi dello sternuto e dell' epistassi.)** *Archivio Internaz. di Laringologia etc. 6. December 1886.*

Bei einem kleinen Mädchen, welches sich durch einen Sturz den rechten Nasenflügel zerschlagen hatte, konnte B. das Niesen verhindern, wenn er mit dem Finger kräftig gegen den Winkel, welcher von der Oberlippe mit der Nase gebildet wurde, drückte und ihn hoch gegen die Nasenscheidewand drängte. Der Autor erklärt nach diesem Fall, dass dieses Mittel genüge, um das Niesen zu unterdrücken. Ausserdem glaubt er hiernach, dass die Ansicht von Baratoux betreffs des Sitzes der sensitiven Zone die richtige sei.

Zur Verhütung der Epistaxis empfiehlt er das Tabakschnupfen.

F. CARDONE.

34) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Der purulente Nasenausfluss, seine Bedeutung und Behandlung sammt kasuistischen Mittheilungen, 23 Fälle von Empyem des Antrum Highmori, Cellulae ethmoidales und Sinus frontalis umfassend. (Det purulente Naseudflod dets betydning og behandling, samt kasuistiske meddelelser, omfattende 33 tilfaelde af empyem i Antrum Highmori, Cellulae ethmoidales og sinus frontales.)** *Hospitals-Tidende. Februar 1888.*

Der Verf. hat diesen Vortrag in der medicinischen Gesellschaft zu Kopenhagen gehalten und ist derselbe hauptsächlich für Nicht-Specialisten berechnet. Der Verf. theilt die verschiedenen Nasenkrankheiten, die mit einem purulenten Ausfluss verbunden sind, in folgende 5 Gruppen ein:

I. Einfacher, extensiver Nasenkatarrh bei scrophulösen Individuen, von gonorrhoischer Infection herrührend, als Ausdruck congenitaler Syphilis.

II. Corpora aliena nasi, blossliegende Sequester, Rhinolithen etc.



III. Ulcerationen der Nasenschleimhaut. (Syphilis, Tuberculose, Lupus, ulcerirende Neoplasmen, Sarcome, Carcinom etc., Diphtheritis, Malleus humidus etc.)

IV. Ozaena simplex.

V. Entzündungsprocesse in den accessorischen Höhlen der Nase.

Nachdem der Charakter des Ausflusses bei den verschiedenen Gruppen näher beschrieben und die Therapie skizzirt ist, wird die Ursache, Symptomatologie, Diagnose und Behandlung des Oberkieferempyem näher besprochen. Was man verlangen muss, um ein Oberkieferempyem diagnosticiren zu können, ist: 1. Einseitiger übelriechender, purulenter Nasenausfluss, besonders bei bestimmten Kopfstellungen vermehrt; 2. objectiv nichts wesentlich Abnormes in der Nasenhöhle, einen Eiterstrom, der unter dem vordersten Ende der Concha media herausfliesst, ausgenommen. Sollte man im Zweifel sein, ist Explorativpunction vorzunehmen.

Die Arbeit schliesst eine Kasuistik von 20 Fällen von Empyema antri Highmori, 2 Fälle von Empyema sinus frontalis und 1 Fall von Empyem der Cellulae ethmoidales ein.

Was die Dauer des Oberkieferempyems betrifft, so ist Folgendes zu bemerken:

1 Fall nicht notirt; über 5 Jahre bei 5 Fällen, davon einer 12 Jahre und einer 16 Jahre dauernd; von $1^1/_2$ Jahre bis „mehrere Jahre“ bei 5 Fällen; von $^1/_2$ Jahre bis $1^1/_2$ Monate 6 Mal; wenige Tage 1 Mal; 2 Mal entwickelte sich das Leiden während die Patienten rhino-chirurgisch behandelt wurden. — Was die Ursache betrifft, war sie in 1 Fall nicht notirt; 13 Mal hatten Krankheiten der Zahnwurzeln das Empyem verursacht; 6 Mal hatte sich die Suppuration von der Nasenhöhle aus verbreitet.

15 Mal wurde die Operation durch Aufbohrung von dem Processus alveolaris ab gemacht; 4 Mal entzogen sich die Patienten der Behandlung; 1 Mal genügte die einfache Extraction der kranken Zähne; in 1 Falle entwickelte sich ein Sarcom in der Oberkieferhöhle, nachdem ein Empyem während 12 Jahre bestanden hatte. SCHMIEGELOW.

35) **Arnaldo Cantani. Ein Fall von Erysipel und Rhinitis. (Su un caso di eresipela e di rinite.)** *Bollet. delle Cliniche. No. 2. 1887.*

Klinische Betrachtungen über das Erysipel, welches sich sehr leicht bei der chronischen, scrophulösen Rhinitis entwickelt. F. CARDONE.

36) **Valentin (Bern). Ueber chronischen Schnupfen und Ozaena.** Vortrag, ref. im *Corresp.-Blatt für Schweizer Aerzte. No. 5. 1887.*

Verf. hebt das Fehlen des Flimmerepithels bei chronischer Rhinitis, besonders der atrophischen Form, hervor. Er fand neben dem Löwenberg'schen Coccus besonders sarcomartige Gebilde, grosszellige Quadrate in einem rundlichen Hof eingebettet; ferner kleine dicke Stäbchen, welche selbst Agar-Agar in Kälte rasch verflüssigen; endlich lichtbrechende Körnchen, die er für Fett hält. Aetiologisch macht er auf die Möglichkeit aufmerksam, dass die Krankheit ähnlich dem Lupus, mit welchem sie mancherlei Analogien habe, mit Tuberculose

im Zusammenhang stehen möchte. Er glaubt, dass die Atrophie manchmal angeboren sei, und bezweifelt das Vorhergehen eines hypertrophischen Stadiums. Die Anosmie erklärt er mit fettiger Entartung des Riechepithels. Seine Therapie beschränkt sich fast ganz auf Kochsalzlösung. Palliativ habe bei Ozaena und trockner Rhinitis überhaupt Pinselung mit 12proc. Saponinlösung gewirkt, innerlich vorübergehend auch Jodkali. Im hohen Greisenalter soll der üble Geruch regelmässig verschwinden. In der Discussion bemerkt Flesch, dass er bei Autopsien häufig Hypertrophie der Nasenschleimhaut mit gleichzeitiger Atrophie des Knochens gefunden habe. JONQUIÈRE.

37) **Richard Williams** (Liverpool). **Ozaena. (Ozaena.)** *Liverpool Medico-Chirurg. Journal. Juli 1887.*

In dieser, der Liverpool Medical Institution vorgelegten Arbeit beschreibt W. die Symptome, Aetiologie und Therapie der Ozaena. Nachdem er betont hat, dass die Ozaena nur ein Symptom ist, welches bei den verschiedensten Processen sich vorfindet, bespricht er die echte atrophische Ozaena, welcher, nach seiner Ansicht, ein hypertrophisches, entzündliches Stadium voraufgeht. Er hat bei demselben Patienten in einem Nasenloch Hypertrophie, im anderen Atrophie mit Krusten gesehen. Das Ohr ist oft dabei afficirt und häufig findet sich Verschluss des Thränencanals.

Sauberkeit ist der wichtigste Punkt bei der Localbehandlung.

Dem Vortrage folgte eine Discussion. A. E. GARROD.

38) **A. J. Brady** (Sydney). **Chronische, atrophische fötide Rhinitis. (Rhinitis chronica atrophicans foetida.)** *Australian Med. Gazette. Januar 1887.*

Nichts Neues. A. E. GARROD.

39) **Hajek** (Wien). **Ueber Bacterienbefunde bei Ozaena.** Vortrag in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 11. November 1887. *Anzeiger. No. 28. 1887.*

H. hat die Bacterien bei verschiedenen Erkrankungen der Nasenhöhle, besonders bei Ozaena, genau untersucht, obwohl er selbst einen causalen Zusammenhang derselben mit der Ozaena für unwahrscheinlich hält, da sich in der Schleimhaut keine Bacterien vorfinden. Er hat nun in 10 Fällen von Ozaena 7 Mal den Friedländer'schen Pneumoniebacillus gezüchtet, ferner häufig bei chronischen Rhinitiden und anderen Nasenerkrankungen, so dass dieser Bacillus für Ozaena nicht charakteristisch ist. Einmal fand er bei Ozaena den Streptococcus des Erysipels und einmal den Staphylococcus pyog. aureus, häufig aber, besonders in den grünen Krusten, einen schlanken Bacillus, den er für den Träger des grünen Pigments ansieht. Endlich kam fast constant bei Ozaena ein kurzer Bacillus vor, der die Neigung hat, in der Form eines Diplococcus oder in Ketten aufzutreten und die Eigenschaft besitzt, organische Substanzen unter Bildung eines penetranten Gestankes zu zersetzen. Derselbe wächst auf Nährlösungen schon bei gewöhnlicher Temperatur, der Gestank tritt aber erst bei Bruttemperatur auf. H. nennt diesen „Bacillus foetidus“ und glaubt, dass er, wie die anderen Bacterien bei Ozaena, nur einen Theil des Krankeitsbildes der Ozaena



veranlasse. Er ist der Ansicht, dass bei Ozaena der Atrophie immer ein hypertrophisches Stadium vorausgeht. In der diesem Vortrage folgenden Discussion weist Weichselbaum darauf hin, dass der Friedländer'sche Bacillus pneumoniae nur gelegentlich und inconstant in der Nasenhöhle nachgewiesen wurde, und dass ihn Reimann bei Ozaena nicht finden konnte. Seine übrigen Ausführungen wenden sich gegen die Behauptung H.'s, dass der Bacillus pneumoniae bei der croupösen Pneumonie nur eine secundäre Rolle spiele. Auch Paltauf spricht sich für die pathogenetische Bedeutung des Friedländer'schen Bacillus bei Pneumonie aus.

Endlich wendet sich Dr. Roth gegen die Behauptung H.'s, dass die Ozaena aus einer hypertrophischen Rhinitis hervorgehe. Die Rhinitis atrophicans foetida sei nicht durch die Schleimhautatrophie, sondern durch ihr eigenthümliches Secret charakterisirt, dessen Ursachen noch unbekannt wären. CHIARI.

40) **W. Schutter** (Gröningen). **Ueber Nasenblennorrhoe. (Over Blennorrhoea Nasi.)** Separatabdruck aus der *Ned. Tijdschrift voor Geneesk. 1887.*

Der Verf. macht sich eines Irrthums schuldig, wenn er die von Bayer aus Brüssel (cfr. Tageblatt der 59. Versammlung deutscher Naturforscher Berlin. S. 228) zuerst angegebene Methode, bei der Diagnose und Behandlung des Empyema antri Highmori „den Patienten sich mit herabhängendem Kopf auf den Bauch legen zu lassen“ (!), dem Prof. B. Fränkel aus Berlin octroyirt. Sonst bringt er nichts Neues. Zum Schluss theilt er 3 Fälle von Empyem der Highmorshöhle mit, worunter einer von gleichzeitigem Empyem des Sinus frontalis sich befindet. BAYER.

41) **Freudenthal** (New-York). **Ueber den Zusammenhang von chronischen Verstopfungen der Nase und des Nasenrachenraums mit Unterleibsbrüchen.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 11 u. 12. 1887. Ebendas. No. 1 u. 2. 1888.*

Brüche entstehen durch Andrängen der Eingeweide gegen schwache Stellen der Bauchwand. Ursachen dieses Andrängens sind häufiges Husten, Niesen, Drängen. Ganz besonders oft giebt der chronische Nasenrachencatarrh dazu Anlass. Auf Grund von zahlreichen Beobachtungen glaubt Verf., diese Ansicht als sicher annehmen zu müssen. Zahlreiche Krankengeschichten dienen als Bestätigung. SCHECH.

c. Mundrachenhöhle.

42) **Rethmann** (Pest). **Ein Papillom im Munde.** *Oesterr. ung. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde. Juli 1887.*

Es handelt sich um eine apfelgrosse, blumenkohlartige, gestielte Geschwulst, welche von der Schleimhaut des Oberkiefers, nahe dem ersten rechten oberen Molarzahn ausging und das Vestibulum oris daselbst ausfüllte. Dieselbe entstand langsam in circa 6 Jahren und wurde von Dr. Trojan entfernt. Die histologische Untersuchung ergab ein gutartiges Papillom mit dickem Epithelbelag und in demselben einzelne blasenartige Zellen. CHIARI.

43) **Heurtaux** (Nantes). **Sarcom des Mundes mit Betheiligung der Drüsen. (Sarcoma buccal avec envahissement ganglionnaire.)** *Gaz. méd. de Nantes. 9. Oct. 1887.*

Klinische Vorlesung gelegentlich der Vorstellung eines 48jährigen Patienten, der an dieser Affection litt. E. J. MOURE.

44) **F. H. Gnalp** (Sydney). **Ein Fall von Stomatitis mit Gelbsucht. (A case of stomatitis with jaundice.)** *Australasian Med. Gazette. Juni 1887.*

G. beschreibt einen Fall aus einer Reihe von Erkrankungen an augenscheinlich infectiöser Stomatitis bei mehreren Mitgliedern derselben Familie. Patientin, eine alte Dame, litt, wie die Anderen, an einer oberflächlichen Entzündung der Mundschleimhaut, die jedoch bei ihr von Diarrhoe begleitet war. Sie wurde gelbsüchtig und starb. Bei der Autopsie fand man, dass die Entzündung sich vom Mund bis zum Ileum erstreckte. A. E. GARROD.

45) **E. Hirtz** (Paris). **Aphthöse, confluirende, gutartige Stomatitis und deren Behandlung. (De la stomatite aphtheuse confluent bénigne et de son traitement.)** *Journal de méd. et chir. prat. September 1887.*

H. bemerkt in einer über diesen Gegenstand gehaltenen Vorlesung, dass die umschriebene Form dieser Affection wohl bekannt und geschildert ist; dass jedoch die confluirende seltener und weniger studirt sei. Die Affection kündigt sich durch Prodrome an, über welche die davon befallenen Kranken sich nicht täuschen (Reizbarkeit, Empfindung von Wärme etc.). Nach zwei Tagen erscheint die Eruption in der Form von kleinen, stecknadelkopfgrossen Bläschen auf den Lippen, Wangen, dem Pharynx und besonders in dem Raum, welcher Ober- und Unterkiefer von einander trennt. Die Bläschen ulceriren und fliessen bisweilen zusammen.

Zur Behandlung empfiehlt H. Pinselungen mit Natr. salicyl. in $^1/_2$ procent. Lösung und zwar 5—6 mal täglich. E. J. MOURE.

46) **Nicol** (Hannover). **Volubilitas linguae.** *Deutsche Medicinal-Zeitung. No. 11. 1887.*

N. gedenkt zweier Individuen, welche eine solche Beweglichkeit ihrer Zunge hatten, dass sie dieselbe aus der Mundhöhle in den Nasenrachenraum einführen konnten. Bei dem einen war das Zungenbändchen erhalten, bei dem andern defect. Schliesslich erwähnt N. einen stark convex nach der Mundhöhle vorspringenden harten Gaumen. SCHECH.

47) **Vernet. Ein Fall von Schwarzfärbung der Zunge. (Un cas de nigritie de la langue.)** *Gaz. des hôp. 31. December 1887.*

Nachdem V. eine summarische Uebersicht über diese Frage geliefert hat, erwähnt er einen, von ihm selbst beobachteten Fall von Schwarzfärbung der Zunge im Verlauf einer herpetischen Angina. Da jeder Ausbruch von Bläschen von einer immer intensiveren Schwarzfärbung begleitet war, so scheint dies zu Gunsten der parasitären Theorie dieser Affection zu sprechen. Die mikroscopische Untersuchung hat jedoch diese Hypothese nicht bestätigt. E. J. MOURE.

48) **Winternitz** (Prag). **Zur Casuistik der Fleckenaffectionen der Zunge.** *Vierteljahrsschrift für Dermat. und Syphilis. Heft 3. 1887.*

W. beschreibt eine langwährende ausgebreitete Erkrankung der Zungen- und Mundschleimhaut, welche nicht auf Syphilis, sondern wahrscheinlich auf den Einfluss von Zahncaries zurückzuführen ist. Es handelte sich um eine 30jährige schwächliche, sonst gesunde Frau, welche seit 2 Jahren an dieser Fleckenbildung litt, aber erst seit 2 Monaten durch Speichelfluss belästigt wurde. An der Haut nahe der Unterlippe befinden sich grössere und kleinere geröthete und infiltrirte Flecke, deren Rand von graubraunen Börkchen besetzt ist. Auf der Schleimhaut der Lippen und Wangen sieht man, meistens entsprechend der Anlagerung der stumpfen cariösen Zahnreste, theils bis linsengrosse rothe, mit Borken bedeckte Herde, theils grössere dunklere von weissen Streifchen bedeckte Flecke, theils feinnarbige Stellen. Auf der Zunge finden sich ähnliche theils glatte, theils höckerige, theils röthliche, theils weissliche Flecke bis zu 1 Ctm. Durchmesser; ihr Ueberzug ist bald dünn, bald dick. Diese Ueberzüge lassen sich nur schwer entfernen und bestehen aus degenerirten Epithelzellen mit vielen Hyphomyceten, Rundzellen und Detritus, und Spaltpilzen. Das Corium ist dicht mit Rundzellen infiltrirt. An den flachen Stellen sind die Papillae fili- und fungiformes schwach entwickelt. Entfernung der Zahnstümpfe und Aetzungen mit Lapis brachten die Flecke zum Schwinden. Das Eczem der Haut dagegen trotzte jeder Behandlung. CHIARI.

49) **Manon. Varicen der Zungenbasis. (Des varices de la base de la langue.)** *Thèse de Bordeaux. 1887.*

Gestützt auf 42, theils in der Klinik des Ref. gesammelte, theils von Garel mitgetheilte, oder der medicinischen Literatur entnommene Beobachtungen beschreibt M. die Symptome der Varicen der Zungenbasis. Wenig bisher beobachtet, erregen sie bisweilen kleine blutige Ergüsse, welche den Patienten sehr beunruhigen. Die Aetiologie ist schwer festzustellen. Es ist jedoch wahrscheinlich, dass Arthritis, Herzleiden und wiederholte Entzündungen des Schlundes die gewöhnliche Veranlassung zu diesem Leiden abgeben; jedenfalls viel mehr, als die von einigen englischen Autoren angenommene Affection der Hirngefässe!

Die Phlebectasie der Zunge ist besonders eine Affection der Erwachsenen, deren Diagnose leicht ist, wenn man an ihre Existenz denkt.

Was die Behandlung betrifft, so sind adstringirende Gurgelungen, Cauterisationen mit Chromsäure oder mit dem Galvanocauter die besten Mittel, um diese Affectionen zu heilen. E. J. MOURE.

50) **Barth. Parenchymatöse Tuberculose der Zunge. (Tuberculose parenchymateuse de la langue.)** *Société méd. des hôpitaux. 25. November 1887.*

B. stellt einen 32jährigen tuberculösen Patienten vor, welcher an dieser Complication leidet. E. J. MOURE.

51) **Leudet. Hemiatrophie der Zunge syphilitischen Ursprungs. (Des hémiatrophies de la langue d'origine syphilitique.)** *Ann. des mal. de l'or. Dec. 1887.*

L. lenkt die Aufmerksamkeit auf den syphilitischen Ursprung dieser Affection

und bringt zwei Beobachtungen zur Stütze seiner Ansicht: die einer Frau von 32 Jahren mit Paralyse des rechten Stimmbands ohne tabische Störungen und die eines Mannes, welcher neben der Hemiatrophie eine Paralyse des linken Abductors hatte. L. reiht diese beiden Beobachtungen den von Prof. Pel im Juli in der Berliner klin. Wochenschrift veröffentlichten an.

Er lässt auf diese Mittheilung einige Bemerkungen über die Classification der Hemiatrophie der Zunge folgen und unterscheidet mit Ballet und Clarke die Atrophie cerebralen, bulbären und peripherischen Ursprungs. Hierzu fügt er eine Art der Hemiatrophie hinzu, welche von Trophoneurose begleitet wird.

Gestützt auf die bis jetzt veröffentlichten Fälle, glaubt L., dass in den nicht tabischen, bulbären Affectionen die Paralyse eines Stimmbandes sehr oft die Hemiatrophie begleitet, ohne dass andererseits diese Complication mit absoluter Nothwendigkeit den atactischen Ursprung der Affection anzeigt. E. J. MOURE.

52) **Fux** (Laibach). **Cocainanästhesie bei einer Zungenoperation.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 14. 1887.*

Ein nussgrosses Papillom wurde nach Injection von 6 proc. Cocaïnlösung rings in seiner Umgebung schmerzlos mit Messer und Scheere exstirpirt. CHIARI.

53) **Société Medico-pratique.** Paris. 24. September 1887.

a) Epitheliom der Zunge. Le Bec hat einen Kranken nach voraufgeschickter Tracheotomie operirt. Da der Patient starb, so fragt der Autor, ob nicht die prophylactische Operation Schuld an dem tödtlichen Ausgang sei!

b) Labio-glosso-pharyngealparalyse. Bei Gelegenheit eines Kranken bespricht Richardière die Pathogenese der Affection, welche in seinem Fall durch Obliteration der Bulbärarterien hervorgerufen wurde. E. J. MOURE.

54) **P. Massucci** (Neapel). **Beitrag zur Legal'schen Krankheit. (Contributo al Morbo di Legal [cefalalgia temporo-occipitale di origine faringo-timpanica]).** *Estratto del Giornale internaz. per le scienze mediche. Anno IX.*

M. hat 3 Fälle dieser Affection beobachtet und vergeblich in der Literatur nach Analogem gesucht, bis ihm die Arbeit von Legal im „Deutschen Archiv für klin. Medicin“ in die Hände fiel, wo über 30 derartige Fälle berichtet wird. In den 3 Fällen von M. bestand gleichzeitig mit der Cephalalgie Pharyngitis und Tubencatarrh. Lufteinblasung beseitigte rasch die Neuralgie. Zwischen letzterer und dem Tubencatarrh besteht ein Zusammenhang, wenn dieser auch noch nicht hinlänglich erklärt ist. M. schliesst mit den Worten Legal's: „In allen Fällen von Temporo-occipital-cephalalgie mit den schmerzhaften Druckpunkten ist Rachen und Ohr genau zu untersuchen und eine Lufteinblasung zu machen. Vermindert sich hierauf der spontane Schmerz und die Druckempfindlichkeit, so lässt sich in vielen Fällen durch exacte Behandlung des Rachens und des Ohrs eine vollständige Heilung der Cephalalgie erreichen.“ KURZ.

55) **Vergely** (Bordeaux). **Hinterhauptsschmerz und seine Beziehung zu den Krankheiten des Pharynx. (De la céphalie postérieure, ses relations avec les maladies du pharynx.)** *Journal de Méd. de Bordeaux. 11. u. 18. Juli 1887.*

Indem er die von Legal behandelte Frage wieder aufnimmt, fügt V. 18 Facta

zu, auf welche er seine Arbeit stützt. Er bemerkt, dass die französische Literatur an Beispielen für diese Affection arm sei. Der Hinterhauptsschmerz findet sich bei den acuten, subacuten und chronischen Pharyngitiden. Der spontan auftretende Schmerz nimmt den Nacken, die untere Partie des Hinterhaupts und bisweilen die Schläfe und den Process. mastoid. ein, mit einem Wort das Gebiet des Nerv. occipit. internus. In anderen Fällen wird der Schmerz durch Bewegungen des Kranken etc. hervorgerufen. Was die Diagnose betrifft, so zieht V. zum Vergleich heran die Schmerzen bei der Meningitis, Wirbelläsionen und der Sclerose. Die Pathogenese des Schmerzes anlangend, so ist sie dunkel und durch Nervenanastomosen bedingt. Die Behandlung ist die der Pharynxkrankheiten.

Gut geschriebene Arbeit, die ausserdem ein vollständiges Literaturverzeichniss über diese Frage enthält. E. J. MOURE.

56) **Tito de Medici** (Bologna). **Pädiatrische Mittheilung; Retropharyngealabscess. (Note pediatriche; ascesso retro-faringeo.)** *Gazz. degli ospitali. 29. Mai 1887.*

Nach M. kommt der Retropharyngealabscess selten bei Säuglingen vor, oft bei kleinen Kindern. Scrophulose und lymphatische Constitution begünstigen sein Entstehen. Die Untersuchung mit dem Finger ergiebt die Diagnose. Die Prognose ist zweifelhaft. Die Behandlung ist allgemein bekannt. F. CARDONE.

57) **George G. D. Willett** (Bristol). **Retropharyngealabscess. (Retropharyngeal abscess.)** *Brit. Med. Journal. 8. October 1887.*

Kurze Notiz über einen Fall bei einem 50jährigen Mann, welcher einige Wochen lang über Schlingbeschwerden geklagt hatte. Patient starb plötzlich und bei der Autopsie fand man einen Retropharyngealabscess, der 360 Grm. geronnenen Eiters enthielt. Der Knochen war weder erodirt, noch blosgelegt. A. E. GARROD.

58) **Mikulicz** (Königsberg). **Ueber extrabursale temporäre Resection des Unterkieferastes als Voract der seitlichen Pharyngotomie.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 39. S. 736. 1887.*

Eine Verbesserung der vom Verf. früher angegebenen Methode der Pharyngotomie, welche die Erhaltung des Oberkieferastes in den Fällen bezweckt, wo eine nachfolgende Kieferklemme nicht zu befürchten ist. B. FRAENKEL.

d. Diphtheritis und Croup.

59) **La Sota y Lastra. Ueber Larynx-Intubation bei Croup.** Vortrag, gehalten in der Poliklinik der med. Fac. zu Sevilla. **(Del entubamiento de la laringe en el crup.** Conferencia dada en la policlinica de la Escuela médica de Sevilla.) *Revista med. de Sevilla. Tomo X. No. 8.*

Verf. beschreibt seinen ersten Versuch, das O'Dwyer'sche Verfahren in einem Falle von Croup bei einem $3^1/_2$jährigen Mädchen anzuwenden. Obgleich er damit keinen Erfolg erzielte, gewann er doch die Ueberzeugung, dass die Einlegung einer Röhre in den Kehlkopf mancherlei Vorzüge vor dem Luftröhrenschnitt besitzt. Nachdem Verf. die Technik des Verfahrens auseinandergesetzt, geht er des Näheren zu einer Vergleichung desselben mit der Tracheotomie über und

begründet seine Ansicht von der Ueberlegenheit der Intubation damit, dass dieselbe für die Freimachung der Athmung, wofern das Hinderniss im Kehlkopf oder in der Luftröhre liegt, ebenso wirksam ist wie die Tracheotomie, ohne wie diese das Leben des Patienten einer neuen Gefahr auszusetzen, Schmerz zu verursachen, eine blutige Verletzung nöthig zu machen, und ohne die fortwährende Wachsamkeit einer sachverständigen Person zu erheischen. Ausserdem macht sie eine schnellere Reconvalescenz möglich und hinterlässt keine Narben.

GONGORA-SENTINON.

60) **La Sota y Lastra. Ein durch Larynx-Intubation geheilter Fall von Croup. (Un caso de crup curado con el entubamiento de la laringe.)** *Rev. de Med. y Cir. pràct. No. 273. 1887.*

Ausführliche Mittheilung eines Croupfalles unter beachtenswerthen Umständen offenbarer Ansteckung, Selbstinfection an verschiedenen Stellen, Behandlung und Heilung mittelst der Durchgängighaltung des Kehlkopfs. Als Verf. zur Einlegung der Röhre schritt, befand sich das 32 Monate alte Kind in höchst bedenklichem Zustande und in einer durchaus gesundheitswidrigen Umgebung. Trotz so ungünstiger Umstände war der Erfolg der Behandlung vollkommen befriedigend. Am 6. Tage wurde die Röhre ohne Schwierigkeit herausgenommen und die Reconvalescenz des Kindes schritt langsam und mit leichten Unterbrechungen fort. Die am 20. Tage eingetretene diphtheritische Lähmung der unteren Extremitäten und des Schlingapparates ging in weiteren 16 Tagen vollständig zurück. In diesem Erfolg findet Verf. eine Bestätigung seiner günstigen Meinung über den Werth des Verfahrens.

GONGORA-SENTINON.

61) **La Sota y Lastra** (Sevilla). **13 mit Larynx-Intubation behandelte Croupfälle. 13 casos de crup tratados con el entubamiento laringeo.)** *Rev. méd. de Sevilla. Tomo XII. No. 12.*

Zu den 13 in der Ueberschrift erwähnten und in einem Vortrage mitgetheilten Fällen fügt Verf. bei Veröffentlichung seines Vortrags noch einen 14. hinzu, den er in der Zwischenzeit (d. h. nach dem 27. November 1887) beobachtet hat. Von diesen 14 Fällen endeten 10 mit dem Tode und nur in 4 war die Behandlung erfolgreich; wenn aber berücksichtigt wird, dass in 4 jener 10 Fälle von einer Behandlung kaum die Rede sein kann, da in einem die Röhre in den Oesophagus gerieth und in den drei anderen die Krankheit so vorgeschritten war, dass die Patienten in resp. 2, 3 und 4 Stunden nach Einführung der Röhre zu Grunde gingen, so erhält man das Verhältniss von 6 zu 4, was keineswegs ungünstig ist. Darum vertheidigt denn auch Verf. das O'Dwyer'sche Verfahren gegen die Vorwürfe, die man demselben gemacht hat, wobei er zugiebt, dass die Sache ihre Schwierigkeiten haben kann und wie alle Handgriffe eine gewisse Geschicklichkeit erfordert; doch ist diese leicht zu erlangen und jene sind auch nicht unübersteigbar. Die Catheterisirung der Luftröhre ist nicht schwieriger als die der Blase; wenn man Widerstand findet, so hat sich die Röhre wohl in einen Morgagnischen Ventrikel verirrt. Das Eindringen in die Speiseröhre bringt keine Gefahr mit sich, wie ein Fall beweist, in welchem die kleine Patientin, der sogleich eine andere Röhre richtig in den Kehlkopf gebracht wurde, die erste, verschluckte nach

6 Tagen per anum von sich gab. Die Verstopfung der Röhre durch Schleim oder Pseudomembranen macht das Herausnehmen zum Reinigen nöthig und zuweilen wird dieselbe durch Hustenstösse spontan ausgestossen. Ein Herabfallen der Röhre in die Trachea ist ein Ding der Unmöglichkeit, wie Brothers bewiesen hat und den Verschluss der oberen Oeffnung durch die Ary-epiglottisfalten hält La Sota für unwahrscheinlich, da der untere Theil der Röhre in der Ebene der Kehlkopfsöffnung bleibt. Auch beim Herausziehen der Röhre ist Verf. nie auf die angeblichen Schwierigkeiten gestossen. Die Schlingbeschwerden, die Verletzung durch das untere Ende der Röhre und die Stimmlosigkeit sind nach Ansicht des Verf.'s keine Gründe zu Ungunsten der Intubation gegenüber dem Luftröhrenschnitte und wenn man die 14 Anwendungen jener in 6 Monaten mit eben so viel Fällen dieses in 10 Jahren zusammenhält, so ist wohl ersichtlich, dass Aerzte und Familien gegen erstere nicht dieselbe Abneigung hegen, wie gegen den blutigen Eingriff. GONGORA SENTINON.

62) **Schötz** (Berlin). **Die O'Dwyer'schen Instrumente zur Intubation des Larynx.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 43. S. 810. 1887.*

Demonstration in der Berliner med. Gesellschaft. B. FRAENKEL.

63) **Bouchut. Tubage des Larynx bei Asphyxie durch Croup. (Le tubage du larynx dans l'asphyxie du croup.)** *Paris méd. 17. October 1887.*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

64) **R. Norris Wolfenden** (London). **Intubation des Larynx. (Intubation of the larynx.)** *Journal of Laryngology. Januar 1887.*

In dieser Arbeit beschreibt W. die Ausführung der Intubation und liefert eine Uebersicht über die von einigen amerikanischen Chirurgen bis zur Zeit der Abfassung dieser Arbeit erhaltenen Resultate. A. E. GARROD.

65) **M. Harting. Auswischen des Larynx beim Croup. (Wiping out the larynx in croup.)** *New-York Med. Record. 16. Juli 1887.*

Verf. schlägt vor, ein Stück Schwamm, an einem Piloten befestigt, in einen silbernen Catheter mit offenem Ende einzuführen. Sobald der Catheter in der Stimmritze ist, wird der Schwamm hinausgeschoben und zugleich mit dem Instrument zurückgezogen. Der Schwamm, der zuvor in dem Catheter zusammenpresst war, soll sich ausdehnen und die Membran beim Zurückziehen fortschaffen. Natürlich müsste eine solche Manipulation schnell ausgeführt werden. Wenn der Catheter jedoch den dem Alter des Patienten entsprechenden Umfang hätte, so würde, bis der Schwamm vorwärts geschoben wäre, der Lufteintritt nicht ganz abgeschlossen sein. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

66) **Bernhardt Schuchardt. Zur Geschichte der Tracheotomie bei Croup und Diphtherie besonders in Deutschland.** *Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 36. Heft 3. 1887.*

Sehr lesenswerthe geschichtliche Studie, die im Original gelesen werden muss. SCHECH.



67) **Schrakamp. Beitrag zur Indication, Methode und Nachbehandlung der Tracheotomie bei Croup und Diphtherie.** *Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 26. Heft 3 u. 4. 1887.*

Die Frühoperation hält Sch. weder für angezeigt noch für erlaubt, höchstens auf dem Lande, wo der Arzt so weit von dem Kranken entfernt ist, dass Asphyxie eintreten kann, ehe der Arzt zur Stelle ist. Die galvanokaustische Eröffnung der Trachea schützt nicht vor Blutung. Sch. bricht eine Lanze für die Tracheotomia inferior, deren Aufführung detaillirt beschrieben wird. Die Nachbehandlung besteht in Inhalationen; zumeist wurde verwendet das Terpentinöl, 2 Esslöffel in 1 Liter Wasser. Die Arbeit enthält sonst nur allgemein Bekanntes. SCHECH.

68) **Ramon de la Sota y Lastra** (Sevilla). **Tracheotomie bei Croup und Diphtherie (Tracheotomy in croup und diphtheria.)** *Journ. of Laryngology. April u. Juni 1887*

R. de la S. beginnt seine Arbeit mit einer Prüfung der Statistiken der verschiedenen Krankenhäuser in verschiedenen Ländern rücksichtlich des Verhältnisses der Heilungen und der Todesfälle. Er zeigt, dass im Sommer bessere Resultate erhalten werden, als im Winter; ebenso bessere bei älteren als bei jüngeren Kindern. Hierauf führt er die Ansichten der verschiedenen Autoren über das Stadium an, in welchem operirt werden soll, und er stellt es als goldene Regel hin, frühzeitig, langsam und sorgfältig zu operiren.

Die Anwendung von Anaestheticis hält er weder für nothwendig, noch wünschenswerth. Er rühmt die Operationsmethode mit dem Cauterium. Hier giebt er einige Anweisungen zur Ausführung der Operation, indem er betont, wie wichtig es sei, die Trachea vor der Eröffnung freizulegen und mit einer Fe... soweit als möglich, vor der Einführung der Canüle zu reinigen, wobei man die Wunde mit einem Dilatator offen hält. Die künstliche Respiration soll in ... Fällen anscheinenden Todes energisch ausgeführt werden, da man bisw... ausserordentliche Resultate erhält.

Er legt besonderen Nachdruck auf die Wichtigkeit der Nachbehandlung, ... die Nothwendigkeit, das Kind mit Clystieren zu ernähren, wo es erforderlich ... Unter den Complicationen erwähnt er secundäre Blutung, Abscess, Lungenin... chirurgisches Emphysem, besonders wenn die tiefe Operation gemacht w... Atelectase, Mediastinitis. Eine Paralyse der Abductoren und Trachealgranulat... können die Entfernung der Canüle hindern. Ferner kann eine narbige S... und selbst Collaps der Trachea eintreten. Pneumonie und Diphtherie der ... werden als wohlbekannte Complicationen erwähnt. A. E. GARR...

69) **Defontaine** (Creuzot). Tracheotomie. (**De la trachéotomie.**) *La pr... September 1887.*

Practische Beschreibung der Operation, besonders beim Croup. E. J. MO...

70) **Roquer y Casadesus** (Barcelona). **Pharyngo-laryngitis diphtheritica. T... tomie. Heilung. Klinische Bemerkung über Pilocarpin-Behandlung. (... laringitis diftérica. Traqueotomia. Curación. Nota clinica sobre e... miento por la pilocarpina.)** *Revista de Laringologia, Otologia y Rin... No. 4. October 1887.*

Zum Beweis der ausgezeichneten Wir... des Pilocarpins in der ...

…-Therapie [illegible] Fall [illegible] glücklich verlaufenen Fall eines [illegible] Kindes an, dessen Leben durch die gleichzeitige [illegible] der Diphtheritis im Schlund und Kehlkopf in arger Gefahr schwebte. Nach der Beobachtung des [illegible] befördert das salzsaure Pilocarpin die Ablösung der diphtheritischen [illegible] [illegible] soll man nicht Alles von dem Mittel erwarten, sondern [illegible] zur Tracheotomie schreiten, sobald sich Erstickungserscheinungen zeigen, und nicht [illegible] wie es leider nur zu häufig geschieht, bis zum [illegible] warten.

[illegible]

[illegible]) **P. T. Thane (Yass. N. S. Wales). Tracheotomie bei Diphtherie. (Tracheotomy in diphtheria.)** *Australasian Med. Gazette. August 188[illegible]*

Mittheilung über eine Tracheotomie wegen Diphtherie, nach welcher der [illegible] durch Asthenie erfolgte. Die Operation war insofern eine erfolgreiche, als [illegible] die Athmung erleichterte.

A. E. GARROD.

[illegible]) **Edmund Owen (London). Tracheotomie bei Diphtherie. (Tracheotomy in diphtheria.)** *Med. Press and Circular. 21. December 1887.*

Eine klinische Vorlesung, in welcher O. die Tracheotomie empfiehlt, sobald [illegible] Dyspnoe auftritt. Es soll eine hohe Incision gemacht und das Scalpel [illegible] Haut und Knorpel gebraucht werden. Die Trachea soll erst dann eröffnet [illegible], wenn sie sauber freigelegt ist.

A. E. GARROD.

[illegible] **W. R. Cluness. Ein günstig verlaufener Fall von Tracheotomie wegen Diphtherie. (A successful case of tracheotomy for diphtheria.)** *Sacramento Medical Times. October 1887.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

[illegible] **Desroizilles (Paris). Heilung eines operirten Falls von Croup nebst Bemerkungen über die Ausführung der Tracheotomie nach dem Schnellverfahren. ([illegible] cas de croup opéré et guéri, suivi de quelques réflexions sur la trachéotomie pratiquée par les procédés rapides.)** *Arch. de Toxil. et des mal. des [illegible] Januar 1887.*

[illegible] modificirt ein wenig das Verfahren von St. Germain, indem er in zwei [illegible] statt in einem einzigen operirt.

E. J. MOURE.

[illegible] **E. Macloch. Erfahrungen mit der Tracheotomie beim diphtherischen [illegible] (Experiences with tracheotomy in diphtheritic croup.)** *Canada [illegible] November 1887.*

[illegible] Fälle mit 14 Todesfällen und 5 Heilungen. Davon 11 untere Tracheotomien [illegible] Todesfällen und 3 Heilungen; 5 hohe Tracheotomien mit 3 Todesfällen [illegible] Heilungen; 3 nicht näher angegebene mit 3 Todesfällen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

[illegible] **Diphtherie und Tracheotomie. (Diphtheria and tracheotomy.)** *[illegible] Am. Med. Assoc. 27. August 1887.*

[illegible]

[illegible]

3. Kehlkopf und Luftröhre.

[illegible] **Ueber Kehlkopfaffectionen im Verlaufe der Pneumonie.** *Charité-* [illegible] *XII. S. 144. 1887.*

[illegible] 80 Fällen von Pneumonie fanden sich 2 Mal Ulcerationen im Kehl- [illegible] Complicationen hält; er glaubt, dass die schwere Benom- [illegible] die Ursache sei, dass diese „Decubitalgeschwüre" auf- [illegible] nicht, wie die typhösen an der Hinterwand, sondern an [illegible]

[illegible] Behandlung unnöthig. SCHECH.

[illegible] **Hämorrhagische Kehlkopfentzündung. (Laringitis hemorrhagica.)** [illegible] *Tomo XI. No. 1. 1887.*

[illegible] bekommt, nachdem sie in sehr kaltem Wasser [illegible] und Brennen im Halse, häufigen Husten und [illegible] mit dem Kehlkopfspiegel zeigt sich der [illegible] bedeckt, die Schleimhaut des Kehlkopfs [illegible] und geronnenem Blute auf ihrer Ober- [illegible] vorsprungs entspringt ein Blutstropfen [illegible] auf der Schleimhautober- [illegible] die Blutung noch fort und traten gefahr- [illegible] Bei der Kehlkopfspiegeluntersuchung [illegible] dunkler länglicher Körper, der den [illegible] erweckte, sich aber nach Heraus- [illegible] auch die Erstickungs- [illegible] und innerlichen Gebrauch [illegible] diesen Fall als einen typischen von [illegible]

GONGORA-SENTINON.

[illegible] **Larynxerysipel.** Vortrag, gehalten in [illegible] *Wochenschr. No. 49*

[illegible] und berichtet über zwei [illegible] erkrankte der ältere [illegible] Beim ersteren [illegible] auf der Haut des [illegible] musste wegen hoch- [illegible] die Tracheo- [illegible] Röthung [illegible] konnte

[illegible] Forschung. [illegible] Bei [illegible] haben.

Hampeln vermisst ausser der präcisen Abgrenzung des Symptomenbildes für die betreffende Krankheit in den meisten Fällen den bacteriologischen Nachweis. LUNIN.

87) **O. Seifert. Sectionsbefund einer Kehlkopftuberculose.** *Münchener medicin. Wochenschrift. No. 14. 1887.*

In dem theils mit Creosotglycerin und Jodoform-Borsäure, theils mit Jodol und Milchsäure behandelten Kehlkopfe eines Tuberculösen fanden sich mehrere Narben, entsprechend denjenigen Stellen, wo früher Geschwüre vorhanden waren. SCHECH.

88) **Marique. Tuberculöse Larynxgeschwüre. (Larynx avec ulcérations tuberculeuses, présenté à la société.)** Anatomo-Pathologique de Bruxelles, Séance du 6. mars 1887. *La Presse Médicale Belge. 14. 1887.*

Nichts Besonderes. BAYER.

89) **Heryng (Warschau). Behandlung der tuberculösen Kehlkopfgeschwüre. (Traitement des ulcérations tuberculeuses du larynx.)** *Acad. de méd. de Paris. 29. Oct. 1887.*

Reproduction früherer Mittheilungen. E. J. MOURE.

90) **J. Massei (Neapel). Localbehandlung der Kehlkopfschwindsucht. (The local treatment of laryngeal phthisis.)** *Journal of Laryngology. Mai 1887.*

M. ist der Ansicht, dass, obwohl wir noch kein Mittel haben, welches die Larynxphthise heilt, wir in der Localbehandlung jetzt doch viel mehr thun können, als vor einigen Jahren. Die Vernarbung des tuberculösen Geschwürs ist ein anerkanntes Factum; aber die Heilung der Localaffectionen befreit natürlich den Patienten keineswegs von der Tuberculose.

Die von Moritz Schmidt vorgeschlagene Methode der Scarification mittelst Scheere wird in wenigen Zeilen zurückgewiesen.

Vom Jodoform hält M. viel und meint, dass es wirksamer als die Milchsäure sei. Jodol ist zwar besser als Milchsäure, jedoch nicht so gut als Jodoform. Er wendet jetzt stets Sublimat (1:2000) an, von dem er sehr befriedigende Resultate erhalten hat.

M. meint, dass da, wo die Diagnose der primären Larynxtuberculose möglich wäre, die Exstirpation des Larynx gerechtfertigt sei. [? Red.]

Er kommt zu folgenden Resultaten:

1. Es fehlt uns noch ein Mittel, welches die Heilung der Kehlkopfschwindsucht bewirkt.

2. Trotz dieses Mangels ist es Pflicht eines jeden Arztes, die locale (palliative) Behandlung der Krankheit zu unternehmen.

3. Viele der von den verschiedenen Autoren angeführten Fälle sind sehr zweifelhafter Natur, da sie nicht lange genug beobachtet wurden.

4. Cocaïn, Jodoform, Jodol und Sublimat sind vielleicht die besten aller localen Heilmittel. Milchsäure schien, selbst bei submucöser Injection, keine günstigen Resultate zu erzielen. A. E. GARROD.



91) **M. Fronstein. Resorcin bei Tuberculosis laryngis. (Resorcin pri tuberculese gortani.)** *Russ. Med. No. 47. 1887.*

Das Resorcin wurde als 2proc. Lösung zu Inhalationen und als 10—20proc. Lösung zu Pinselungen des tuberculösen Kehlkopfs benutzt. In einigen Fällen waren die Resultate glänzend. LUNIN.

92) **E. J. Moure** (Bordeaux). **Krankenvorstellung. Diffuses Papillom der rechten Hälfte des Larynx, Thyreotomie, Auskratzung des Stimmorgans. Heilung. (Présentation de malade. Papilloma diffus de la moitié droite du larynx, thyrotomie, raclage de l'organe vocal. Guérison.)** *Société de méd. et chir. de Bordeaux* et *Journal de méd. de Bordeaux. 27. September 1887.*

Patient, 43 Jahre alt, litt an einem grossen Papillom, welches starke Respirationsbeschwerden verursachte (Erstickungsanfall etc.) und war in Folge von Anämie sehr abgemagert. Seit mehreren Jahren war er auf absolute Milchdiät gesetzt und siechte zusehends ab. Ref. machte zuerst die Tracheotomie und, da die mikroscopische Untersuchung eines auf dem natürlichen Wege entfernten Stücks die gutartige Natur des Neoplasma ergab, so wurde der Patient durch die Thyreotomie und Auskratzung des Larynx von seinem Tumor befreit. Der Schildknorpel heilte prima intentione bis auf eine kleine Stelle unten, welche ca. einen Monat bis nach Ausstossung eines kleinen Sequesters eiterte. Die Canüle wurde drei Monate später entfernt, und Patient befindet sich bis jetzt ganz wohl und nimmt augenscheinlich an Körpergewicht zu. AUTOREFERAT.

93) **Roquer y Casadesus** (Barcelona). **Inneres Kehlkopfs-Enchondrom. Tracheotomie — Pharynx-Epitheliom — Tod. (Encondroma intrinseco de la laringe — Traqueotomia — Epitelioma faringeo — Muerte.)** *Rev. de Laring., Otolog. y Rinolog. Tomo III. No. 1. Barcelona. Juli 1887.*

Ein 45jähriger Patient, ohne irgend welche syphilitische Antecedentien, klagt über Stimmlosigkeit und Athembeschwerden, die sich allmälig aus einer vor zwei Jahren entstandenen Heiserkeit entwickelt hatten. Bei der Spiegeluntersuchung ergiebt sich im Niveau der linken oberen Falte oder etwa des Ventrikels das Vorhandensein eines rundlichen, stark erbsengrossen Körpers, der mit breitem Grunde fest auf dem Ursprungsgewebe aufsitzend, in dasselbe übergeht und von knorpeliger Härte ist. Die ihn bedeckende Schleimhaut ist von normaler Farbe. Vergeblich wird die Avulsion und Excision versucht; die Geschwulst gleitet zwischen der Zange aus und widersteht der Schneide des Instruments. Wegen zunehmender Athembeschwerden wird der Luftröhrenschnitt gemacht, um die augenblickliche Gefahr zu beseitigen (4. October). Im April des folgenden Jahres klagt der Kranke über heftige Schmerzen im Halse, die sich bis in die Ohren erstrecken. Der Pharynx erscheint mit Epitheliomwucherungen bedeckt, von denen der Kehldeckel jedoch ganz verschont geblieben ist. Anfang Mai Exitus. Section verweigert. Verf. glaubt, dass es sich in diesem Falle um die unabhängige Entwickelung zweier ganz gesonderter Neubildungen handelte, und zwar Enchondrom im Kehlkopf und Epitheliom im Rachen, mit Ausschluss jeden pathogenetischen Verhältnisses. GONGORA-SENTINON.

94) **Karl Schuchardt** (Halle). **Der äussere Kehlkopfschnitt und seine Bedeutung bei der Behandlung von Kehlkopfgeschwülsten.** *Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge. No. 302. November 1887.*

Sch. stellt den Satz auf, dass für die grosse Mehrzahl der Kehlkopfgewächse die Entfernung vom Munde die Regel sein muss. Zum Kehlkopfschnitte wird man nur dann seine Zuflucht nehmen, wenn es sich um ungewöhnliche, verwickeltere Fälle oder um bösartige Neubildungen handelt. Für Carcinome hält er die endolaryngeale Behandlung meist für verkehrt und schädlich. Die abnorme Reizbarkeit der Rachengebilde und des Larynx als Indication für die Laryngofission ist seit Einführung des Cocaïns hinfällig geworden. Dagegen gilt als Indication das diffuse oder multiple Papillom bei Kindern oder auch Erwachsenen, namentlich wenn die Geschwülste nach endolaryngealer Entfernung recidivirten. Sch. meint, dass die von P. Bruns angegebenen Zahlen keineswegs zu Ungunsten der laryngotomischen Exstirpation sprächen. Wenn aber Sch., gestützt auf die Angaben mehrerer Laryngologen, die endolaryngealen Operationen für gefährlich erklärt, da schon gesunde Theile vom Kehlkopfinnern mit hinweggerissen wurden, Verletzungen der Speiseröhre vorgekommen seien und statt der Neubildung eine Cartilago arytaen. durchtrennt wurde, so beweist dies nur, dass die betreffenden Operateure nicht die gehörige Technik gehabt oder wahrscheinlicher nicht die nöthige Vorsicht geübt haben; heut zu Tage dürfen und können bei der Anwendung des Cocaïns solche Verstösse nicht mehr vorkommen. Richtig ist, dass die Gefahren der Laryngofission bisher vielfach überschätzt wurden und dass die phonetischen Resultate nicht so ungünstig sind. Bemerkenswerth ist endlich noch, was Verf. über die Aetiologie der Kehlkopfgeschwülste sagt, sowie die Beschreibung des von ihm operirten Falles. SCHECH.

95) **Monod und Ruault. Krebs des Kehlkopfs. (Cancer du larynx.)** *Acad. de méd. 6. October 1887.*

Es handelt sich um einen Mann von 63 Jahren, den die Autoren operiren wollten; er starb jedoch an septischer Pneumonie in Folge von Tracheotomie. Der Tumor war ein Cylinderepitheliom, dessen malignen Charakter Ruault intra vitam diagnosticirt hatte.

Die Autoren meinen, dass man in einem analogen Fall nicht mit der Operation zögern solle, besonders wenn die Diagnose frühzeitig genug gestellt wird.

E. J. MOURE.

96) **D. Mollière. Exstirpation des Larynx wegen Epitheliom desselben. (Laryngectomie dans un cas d'épithélioma du larynx.)** *Bulletin méd. 25. Oct. 1887.*

Es handelt sich um einen 63jährigen Mann, der operirt und bis zur Zeit gesund geblieben ist. M. rühmt hierbei die Wohlthat der Operation.

Vielleicht hätte der Autor noch einige Zeit mit der Veröffentlichung dieses Erfolges warten sollen, da er ihn vielleicht widerrufen muss.

Die Diagnose wurde von Garel (Lyon) gestellt. E. J. MOURE.

97) **A. B. Atherton. Ein Fall von Larynxfractur. (Case of fracture of the larynx.)** *Canadian Practitioner. November 1887.*

Die Verletzung wurde durch einen Faustschlag herbeigeführt; die Fractur-



stelle befand sich wahrscheinlich am linken Flügel des Schild- oder Ringknorpels. Es bestand ein ausgebreitetes Emphysem im Gesicht, Hals und Brust. Man tracheotomirte, und Patient genas ohne Schwächung seiner Stimme.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

98) **T. Spannocchi** (Ferrara). **Metallische Naht des Zungenbeins und Schildknorpels. (Sutura metallica tiro-joidea.)** *Gazzetta degli Ospitali. No. 59. 1887.*

Eine penetrirende quere Schnittwunde der Membrana thyrohyoidea war zweimal vergeblich mit Seide genäht worden. Die Nähte rissen ein und die Wunde klaffte am 6. Tage fast so wie am ersten. Verf. vereinigte daher Schildknorpel und Zungenbein mit Metallfäden. Die Heilung erfolgte per secundam; eine Schlinge wurde entfernt, die andere war eingeheilt.

S. ist gegen die Ausführung der Tracheotomie bei solchen Verletzungen. In seinem Fall wurde der Kranke sofort nach der Vereinigung der Wunde ruhig, die Stimme kehrte zurück, ebenso die vorher aufgehobene Fähigkeit der Deglutition.

KURZ.

99) **Tissier. Die Larynxcomplikationen beim Typhus. (Les complications laryngées de la fièvre typhoïde.)** *Annal. des mal. de l'or. etc. No. 8. August 1887.*

T. nimmt für die Franzosen die erste Beschreibung des Larynxtyphus in Anspruch. Er nimmt eine catarrhalische, oberflächliche Laryngitis, ferner eine ulceröse, eine sogleich nekrotisch auftretende, eine ödematöse, pseudomembranöse, gangränöse etc. an. Die erstere Form erscheint in der ersten Woche und verdient keine Beachtung. Um so mehr verdient die nekrotisirende Form eine ganz besondere Aufmerksamkeit, und der Autor erinnert daran, dass sie gerade bei Erwachsenen während der Reconvalescenz mit den Störungen, welche sie begleiten, vorkömmt. Dass P. Koch dies bereits in seiner Arbeit betont hat, scheint der Autor nicht zu wissen.

Die Veränderungen in der Musculatur sind durch peripherische Neuritiden der Recurrentes bedingt, wie sie so oft bei Typhuskranken vorkommen, worauf bereits Pitres und Vaillard hingewiesen haben.

Die pathologische Anatomie betreffend, so schliesst sich T. der Annahme eines besonderen Bacillus an, der die geschlossenen Follikel des Larynx befällt.

Dieser Artikel schliesst mit einem Literaturverzeichniss, in welchem wir mehrere, sehr wichtige Arbeiten, die über diese Frage veröffentlicht wurden, vermissen.

E. J. MOURE.

100) **F. Tschudnowski** (Tiflis). **Einige Fälle von Kehlkopfstenose in Folge von Perichondritis laryngea nach Typhus. (Neskolko slutschaeff stenosa wsledstwie perichondrita gortannich hrjaschei pri brjuschnom tife.)** *Protoc. kawkask med. obsch. No. 12. 1887.*

Es werden in Kürze 8 Krankengeschichten von Perichondritis laryng. post. Typh. abd. mitgetheilt. In 3 Fällen wurde die Tracheotomie gemacht, doch konnte in allen drei Fällen die Canüle nicht entfernt werden und die Patienten wurden mit der Canüle entlassen. Die anderen 5 Fälle endeten letal, weil die Tracheotomie aus verschiedenen Gründen nicht gemacht werden konnte. In allen

5 Fällen fand man Eiterherde an der hinteren Wand des Kehlkopfinnern, wobei die Knorpel bald mehr, bald weniger zerstört gefunden wurden.

Die Perichondritis war zwischen der 5. und 10. Woche nach Beginn des Typhus entstanden und in allen 8 Fällen hatte sie sich ganz ohne Schmerzen entwickelt. Die Stimmbänder wurden keinmal ödematös gefunden und die Stenose sass jedesmal unterhalb der Stimmritze. Weil die Entfernung der Canüle bei dieser Form von Perichondritis so grosse Schwierigkeiten macht, so empfiehlt Verf. nicht die Tracheotomie zu machen, sondern den Ringknorpel und den unteren Theil des Schildknorpels zu spalten, darauf parallel den Schnittflächen des Schildknorpels kleine schmale Streifen zu reseciren und eine von ihm construirte Canüle einzuführen. Auf diese Weise könnte man dem Abscesse leicht beikommen und denselben entsprechend behandeln. Allerdings scheint Verf. diese seine Methode praktisch noch nicht erprobt zu haben, wenigstens theilt er über seine Erfahrungen nichts mit. LUNIN.

101) **Alexander. Statistische und casuistische Mittheilungen über Typhus abdominalis.** *Breslauer ärztl. Zeitung. No. 27 ff. 1887.*

Für den Leser des Centralblatts besonders interessant sind folgende Fälle:

1. Ein Fall von Typhus complicirt mit Gangrän der Mundschleimhaut und Nekrose des Oberkiefers.

2. Ein Fall von Typhus mit Perichondritis laryngea, acuter Larynxstenose, Tracheotomie. Heilung. SCHECH.

102) **Lewin. Beiträge zur Lehre von der Perichondritis laryngea mit besonderer Berücksichtigung der syphilitischen.** *Charité-Annalen. Bd. XII. S. 728. 1887.*

Anknüpfend an einen Fall, in welchem die linke Platte des Ringknorpels exfoliirt und derart unter die Stimmbänder dislocirt war, dass sie einen Gummaknoten vortäuschte, theilt L. seine Erfahrungen über Perichondritis mit. Sie kommt vor nach Traumen, Würgen, Strangulation, Schnittwunden, Fracturen. Dass Schreien Perichondritis erzeuge, bezweifelt L. und erwähnt, dass von den als Exempeln angeführten 3 Flormann'schen Bootsleuten einer sicher und der andere wahrscheinlich tuberculös war. Einführen der Schlundsonde bei verknöchertem Ringknorpel, ja Ossification desselben sollen ebenfalls Perichondritis erzeugen können. Das Vorkommen einer von mehreren Autoren angenommenen selbständigen primären d. h. aus Catarrhen hervorgegangenen, nicht dyskrasischen Perichondritis bezweifelt Lewin. Mackenzie und Dittrich geben auch Arthritis als Ursache an. Am häufigsten ist Perichondritis Folge von Tuberculose, Typhus und ganz besonders von Syphilis, wovon L. eine Anzahl Fälle aufführt. Die Details über Verlauf, Symptome, Prophylaxe, Behandlung etc. sind im Original zu lesen. SCHECH.

103) **Louis Jurist. Ein Fall von Perichondritis des Ringknorpels. (A case of perichondritis of the cricoid cartilage.)** *Philadelphia Med. News. 5. Nov. 1887.*

Patient wurde, ohne dass bemerkenswerthe Symptome voraufgegangen waren, plötzlich von Dyspnoë befallen und starb.

Section. Etwa 1 Ctm. unterhalb des rechten Stimmbandes befand sich



stelle befand si
Es bestand ein
tracheotomirte,

98) **T. Spann**
knorpels.

Eine p
zweimal ver
Wunde klaff
knorpel und
eine Schlu

S. ist
seinem F
die Stim
tition.

99) **Tiss**
gées d

T.
Anspr
ulcer
gang
kei
sen
wa
v
A

..ert Abbe (New-York). **Plastischer Verschluss einer grossen Larynxfistel. ... operation for closure of a large laryngeal fistula.)** *Annals of Surgery.*

. . .

: ...ent, 45 Jahre alt, kam, mit einem Schustermesser in der Hand, zu ...ei die Spitze des Messers in den linken Flügel des Schildknorpels ein- ...as Loch im Schildknorpel befand sich grade oberhalb des Stimmbandes. ...eine Canüle eingelegt, die er einen Monat lang trug. Man machte ...ochen später den vergeblichen Versuch, die Fistel zu schliessen. Diese ...wurden noch 5 Mal wiederholt, bald mit Silberdrahtnähten, bald mit ...tennadeln. Es öffnete sich jedoch nach jedem Versuch die Fistel von ...l als A. den Patienten 9 Monate nach dem Unfall zum ersten Mal sah, ...grosses Stück des linken Schildknorpelflügels. Das Loch in demselben ...2 Ctm. im Durchmesser. Die narbige Induration der Wundränder er- ...sich $1^1/_2$ Ctm. weit von dem Loche.

...rch die Oeffnung hatte man eine ausgezeichnete Aussicht auf die Stimm- ...welche bei jedem Phonationsversuch in's Gesichtsfeld traten und in ...inkel von 30° zum Horizont schwangen, hierauf aber nahezu in eine ho- ...Lage zurückfielen.

...chdem der Patient narcotisirt worden, wurde die Tracheotomie ausge- ...ie Stimmritze wurde durch die Fistel mit einem Schwamm tamponirt, ...durch eine durch den Mund gehende Schnur gehalten wurde.

...achdem die Wundränder der Fistel angefrischt waren, wurde durch zwei ...n ein breiter elliptischer Raum hergestellt, der die Umgebung der Fistel aufnahm. Hierauf wurde ein Stück Haut unterhalb der Fistel so weit ab- ...rt, dass, wenn man es aufwärts schlug, es das Loch mehr als bedeckte. ...Theil des Lappens, welcher zur Bedeckung des Loches nicht gebraucht ..., ward von Haut entblösst und in den rauh gemachten Rest des elliptischen ...es eingefügt. Hierauf wurde der Lappen über der Fistel mit zwei Reihen ...rtlaufenden Catgutnähten befestigt: die eine um den Fistelrand, die andere ...en Rand des Lappens. Auf diese Weise wurde die Fistel von dem auf dem ...en gebliebenen Hauttheil geschlossen. Alsdann wurde die Haut rings um ...elliptische Oeffnung unterminirt und über dem Lappen zusammengebracht. ...Beseitigung der Spannung und gleichzeitig zur Aufnahme eines Drains war ...eitenschnitt von ca. 5 Ctm. nothwendig. Die Wunde wurde mit antisep- ...en Compressen verbunden.

Patient machte eine gute Reconvalescenz durch: Am fünften Tage wurde ...Canüle entfernt und am Ende der Woche das Sprechen erlaubt.

Die Operation dürfte durch den Hinweis auf eine im Original befindliche ...ildung leichter verständlich sein. A. E. GARROD.

Roth (Wien). Demonstration eines von ihm und dem Instrumentenmacher Leiter construirten electrischen Beleuchtungs-Apparates für laryngo-rhinologische Zwecke. Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 2. December 1887. *Anzeiger. No. 31. 1887.*

Der Apparat besteht aus einem Glühlämpchen, dessen Licht durch einen

kleinen, 5 Ctm. im Durchmesser haltenden Hohlspiegel reflectirt wird und ist mittelst einer Stirnbinde in der Gegend der Glabella befestigt. Der electrische Strom wird von einer Zink-Kohlen-Batterie von 6 Elementen, welche in englische Chromsäure tauchen, geliefert. Die Augen des Untersuchenden sind durch eine kleine Blende vor directen Strahlen des Glühlämpchens, welches sich einige Centimeter von dem Hohlspiegel und etwas unter seiner optischen Achse befindet, geschützt. Das Licht ist weiss, ziemlich intensiv, aber für die tieferen Theile der Luftröhre doch nicht ausreichend. Die Möglichkeit der Beobachtung mit beiden Augen zugleich und das Freibleiben der Arme, welche beiden Umstände R. besonders von seiner Beleuchtungsmethode hervorhob, sind übrigens auch bei den gewöhnlichen Reflectoren mit Stirnbinde die Regel; dagegen ist das Licht wirklich sehr intensiv und weiss, reicht aber, wie schon oben erwähnt, für die tieferen Theile der Luftröhre nicht hin. CHIARI.

109) **Robert C. Myles. Einige neue Electrodenformen zum intralaryngealen Gebrauch.** Zwei Abbildungen. **(Some new forms of electrodes for intralaryngeal use.** 2 Illustrations.) *New-York Medical Record. 19. November 1887.*

Das Instrument besteht aus doppelten, im rechten Winkel gebogenen Kupferdrähten, die an dem äussersten Ende durch eine Platinschlinge vereinigt sind. Letztere wird durch ein elfenbeinernes Schild sorgfältig geschützt, welches aus zwei Stücken besteht, deren jedes eine doppelte Rinne zum Durchtritt je eines Drahtes besitzt. Auf diese Weise ist jeder Draht, sobald das elfenbeinerne Schild in Position ist, vollkommen von dem anderen getrennt, als ob er in einer besonderen Röhre verliefe. Die Theilung der Elfenbeinplatte war nothwendig, um eine zu schnelle Spannung zu verhüten. Die beiden Theile werden durch einen Seidenfaden zusammengebunden, welcher dicht um das Schild von einem Ende zum anderen gewunden ist. Ueber diesen Faden kommen verschiedene Schichten einer Gummi arabicum-Lösung. LEFFERTS.

f) Schilddrüse.

110) **N. Maliew** (Kasan). **Durchtritt des Nervus hypoglossus durch einen Theil der Schilddrüse. (Prokoschdenie pogjasitschnawo nervo tscheres tschitowidnuiu schelesu.)** *Wratsch. No. 49. 1887.*

Zufälliger Befund bei anatomischen Studien. LUNIN.

111) **Adam** (Sydney, New South-Wales). **Ein Fall von Phthisis. Besserung in Folge eines Abscesses der Schilddrüse. (Case of phthisis. Improvement following abscess of thyroid gland.)** *Australian Medical Journal. November 1887.*

In diesem weit vorgerückten Falle trat eine sehr deutliche Besserung der Allgemeinsymptome, wie Husten, hectisches Fieber etc., ein, nach der Bildung und Eröffnung eines Abscesses vorn an der Schilddrüse. Patient nahm, während der Abscess offen blieb, schnell an Gewicht zu und verliess einen Monat nach Eröffnung desselben das Krankenhaus mit einem Gewicht von 78 Kilogramm, an Stelle von 56, und sehr geringem Husten. A. glaubt, dass dieser Fall beweise,

dass die alte Methode des Gegenreizes durch Haarseile und Fontanellen in gewissen Fällen nicht unangebracht wäre.

A. E. GARROD.

112) Grasset und Estor. **Myelitis cervicalis, fälschlich einem peripherischen Trauma zugeschrieben, thatsächlich durch ein nicht erkanntes Malum Pottii hervorgerufen; keine Pachymeningitis; Neuritis der Nervenwurzeln, tuberculöse Schilddrüsenentzündung. (Myélite cervicale faussement attribuée à un traumatisme périphérique et produite en réalité par un mal de Pott méconnu; pas de pachyméningite; névrite radiculaire; thyroïdite tuberculeuse.)** *Revue de méd. 10. Februar 1887.*

Der Titel zeigt an, um was es sich handelt.

E. J. MOURE.

113) Herbert Snow (London). **Arsenik beim cystischen Kropf. (Arsenic in cystic goitre.)** *Brit. Med. Journal. 28. Mai 1887.*

S. beschreibt den Fall einer Frau mit einem enormen Kropf, welcher Cysten enthielt, von denen eine in Eiterung übergegangen war. Diese wurde eröffnet. Nachdem der Eiter ganz entleert worden war, erfolgte ein starker Abfluss einer eiweissartigen, mit Blut gefärbten Flüssigkeit, wodurch Patientin sehr herunterkam und dem Tod durch Anämie nahe war. Eisen und Chinin versagten; es wurde sodann Arsenik versucht, welcher zauberhaft wirkte. Die Patientin bekam ihre Kräfte wieder und die Schwellung der Schilddrüse verschwand ganz und gar.

A. E. GARROD.

114) J. E. Twynam (Sydney). **Thyreoidectomie. (Thyroidectomy.)** *Australasian Med. Gazette. October 1887.*

Ein Mädchen von 21 Jahren litt an einer Schwellung der linken Hälfte der Schilddrüse. Jod- und Jodquecksilbersalbe wurden lange Zeit sorgfältig ohne Nutzen eingerieben. Als Patientin grosse Athemnoth bekam, spaltete T. den Isthmus der Schilddrüse, unterband sie an zwei Stellen und schnitt das kleinere Stück zwischen den Ligaturen weg. Hierauf wurde die Trachea von ihren Verbindungen mit der Drüse befreit. Diese Operation brachte, wenn überhaupt, so nur geringe Besserung. Später wurde ein Lappen der Schilddrüse entfernt, welcher eine tiefgelegene Cyste enthielt, die bei der Exstirpation barst. Die Trachea war sehr klein. Diese Operation befreite die Patientin, die sich schnell erholte, vollständig von ihrer Athemnoth. — Die rechte Hälfte der Schilddrüse behielt ihren normalen Umfang.

A. E. GARROD.

115) *Löwenthal* (Lausanne). **Veränderungen in der Hirnrinde nach Thyreoidectomie. (Altération de la couche corticale après la thyroidectomie.)** Vortrag, ref. in *Revue méd. de la Suisse rom. No. 4. p. 223. 1887.*

„Ausgesprochene Atrophie der grossen pyramidalen Zellen und bedeutender Zuwachs an kugligen Nervenzellen in der dem motorischen Centrum des Hinterschenkels entsprechenden Gegend des Gyrus sigmoideus“, bei einer entkropften Hündin.

JONQUIÈRE.

116) **Dobuck** (Königsberg). **Typographisch-anatomische Studien über den Halssympathicus (mit besonderer Rücksicht auf das Terrain der Kropfoperation).** *Archiv für Anatomie und Physiologie (Anat. Abtheilung). VI. 1887.*

Die für den Chirurgen wie für den Laryngologen gleich interessante Arbeit beschäftigt sich in erster Linie mit der Beziehung des Sympathicus und seiner Scheide zur Arteria thyr. inferior. Nimmt dieses Gefäss in dem Gewebe der Sympathicusscheide seinen Weg, so kann der Grenzstrang vor oder hinter der Arterie liegen. Oefter beobachtet man, dass er vor der Arterie verläuft.

Der zweite Herzast hat meist die gleichen Beziehungen zur Arterie wie der Grenzstrang, während der erste Herzast bald vor, bald hinter dem Gefäss verläuft.

Des Weiteren wird besprochen die Verästelung des Halssympathicus, der Verlauf der Herzäste und die Beziehungen des Halssympathicus zum N. laryngeus superior.

D. hat in der Mehrzahl der von ihm untersuchten Fälle eine Anastomose zwischen dem äusseren Kehlkopfnervenaste und dem Ramus cardiacus I. darstellen können, während er den Zweig, der aus dem sympathischen Geflecht um den Laryngeus zur Theilungsstelle der Carotis communis geht, nicht immer nachzuweisen vermochte. Ob durch die Läsion dieses letzteren oder durch Mitfassen des Ramus communicans vom N. laryng. sup. mit dem Cardiacus I., der manchmal sehr weit heruntergeht, die bei der Unterbindung der Carotis communis beobachteten Störungen der Sprache bedingt werden, lässt sich nicht entscheiden.

Ferner bespricht D. die Beziehung des Ramus ext. n. laryng. sup. zur Art. thyreoidea superior, die Beziehungen des Halssympathicus zum N. recurrens und zur Glandula thyroidea sowie zur Trachea.

Die Verbindung zwischen Sympathicus und N. recurrens vollzieht sich durch Nervenäste, welche hauptsächlich vom Ramus cardiacus I. zum N. recurrens selbst oder zu seinen Zweigen ziehen; der Ramus cardiacus II. ist nur in seltenen Fällen betheiligt.

Zum Schlusse kommt noch das Verhalten des Halssympathicus und seiner Aeste bei der Methode der Unterbindung der Art. infer. (bei der Kropfoperation) zur Besprechung. SEIFERT.

117) **R. Ochel. Zur Casuistik der Strumectomie und der Cachexia strumipriva.** Dissertation. Berlin. 1887.

Den Inhalt der Schrift bildet die Mittheilung von 7 von Bardeleben 1885 ausgeführten Totalexstirpationen der Struma. Davon starben drei, während vier geheilt entlassen wurden. Bei drei längere Zeit beobachteten Kranken trat keine Cachexie auf, ebenso bei einem schon früher operirten Kranken. SCHECH.

g. Oesophagus.

118) **Vandermeesch** (Lille). **Eröffnung eines Aneurysma der Aorta thoracica in den Oesophagus. Autopsie. Demonstrirung der Präparate. (Anévrysma de l'aorte thoracique ouvert dans l'oesophage. Autopsie. Présentation de pièces.)** *Journal des sc. méd. de Lille. 9. October 7887.*

Der Titel zeigt an, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

119) **Martius. Ueber respiratorische Druckschwankungen im Oesophagus und ihre Verwerthbarkeit zur Sicherung der Diagnose einer Fistula broncho-oesophagealis.)** *Charité-Annalen. Bd. XII. S. 248. 1887.*

Die häufigste Ursache der Communication des Oesophagus mit den Luftwegen sind perforirende Carcinome und käsig zerfallende tuberculöse Lymphdrüsen. M. machte nun den im Titel angezeigten Versuch, indem er das Ende der Oesophagussonde mit einem Schlauch verband, der mit einer Marey'schen Trommel in Verbindung trat; von dieser wurden die Bewegungen auf einen Schreibhebel und auf Papier übertragen.

Die Details müssen, weil nicht kurz referirbar, im Original gelesen werden.

SCHECH.

120) **Langerhans. Ein Fall von Soor des Oesophagus mit eitriger Entzündung der Schleimhaut.** *Virchow's Archiv. Bd. 109. Heft 2. 1887.*

Patient, ein 25jähriger, an Diabetes mellitus verstorbener Schlächtergeselle, zeigte neben massenhafter Soorbildung im Oesophagus suppurative Entzündung der Schleimhaut, ohne dass die Soorbildung in dieselbe eingedrungen wäre; Ulcerationen waren nirgends vorhanden. SCHECH.

121) **Th. Egeberg** (Norwegen). **Corpus alienum oesophagi. Oesophagotomie.** *Tidskrift for prakt. Medicin. p. 109. 1887.*

Der Patient, ein 10jähriger Knabe, hatte 2 Jahre früher Lauge getrunken und sich dadurch eine Strictur der Speiseröhre zugezogen. 22 Stunden vor der Aufnahme im Spital hatte er einen Pflaumenstein verschluckt und konnte nachher Nichts geniessen. Eine Sonde wurde 26 Ctm. von der Zahnreihe arretirt. Nach vergeblichen Versuchen, den Stein per vias naturales zu entfernen, wurde die Oesophagotomia externa in gewöhnlicher Weise gemacht. Durch die Oesophaguswunde wurde der Fremdkörper, welcher 11 Ctm. tiefer unten im Oesophagus festsass, mittelst einer Zange extrahirt. Wundverlauf normal. 22 Tage nach der Operation konnte Patient als geheilt entlassen werden. Bougie No. 24 (Charrière) wurde mit Leichtigkeit in den Magen hineingeführt, wogegen No. 30 die verengerte Stelle nicht passiren konnte. SCHMIEGELOW.

122) **Georg Fischer** (Hannover). **Die Oesophagotomie bei Fremdkörpern.** *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 25. Heft 6. 1887.*

Seit Einführung der Antiseptik sind 80 Fälle beschrieben worden. Die häufigsten Fremdkörper, wegen welcher die Oesophagotomie gemacht wurde, sind: 25 Knochen, 22 Gebisse, 6 Geldstücke, 4 Nadeln, 3 Fischgräten, 2 Steine; F. entfernte ein Monocle, das im angeheiterten Zustande geschluckt worden war.

Die Mortalität betrug 18 Fälle; 62 wurden geheilt, also Mortalität ca. 20 pCt. Unter den Todesursachen stehen Ulcerationen der Speiseröhre mit ihren Folgen und Erschöpfung des Kranken im Vordergrunde; auch erfolgte der Tod häufiger in Folge der zu spät vorgenommenen Operation, als durch diese selbst. Die Operation ist angezeigt, wenn es auf andere Weise nicht gelungen ist, das Corpus alienum zu entfernen. Ein frisch verschluckter Fremdkörper muss nach Misslingen der unblutigen Methoden bis zum Ende des folgenden Tages durch Oesophagotomie entfernt werden. Ist der Fremdkörper seit einigen Tagen verschluckt,



[illegible] Misslingen der unblutigen Methoden sogleich die Ope- [illegible] lässt die Natur des Fremdkörpers jeden Versuch der Ex- [illegible] gefährlich, dann operire man sofort. Bei be- [illegible] Infiltration des Halses operire man ebenfalls sofort. Der Haut- [illegible] rechts nur dann, wenn der Fremdkörper auf [illegible] in die Tiefe dringe man stumpf präparirend; [illegible] mit dem Messer. Das Vordringen in die [illegible] erschwert durch eine Anschwellung der Schilddrüse; [illegible] Oesophagus zu finden. Schwierig ist auch oft die [illegible] wegen der eckigen Beschaffenheit, theils [illegible] des Fremdkörpers. Die Ansichten über das Anlegen von [illegible] getheilt. Lässt man die Speiseröhre offen, dann [illegible] Drain wird bis zur Speiseröhre eingelegt [illegible] Jodoformgaze tamponirt.

[illegible] Naht der Speiseröhre, nicht mit [illegible] sondern einige Stunden nach der Operation [illegible] soll.

SCHECH.

[illegible] Gastrotomie behufs Digitaluntersuchung des Oesophagus [illegible] des Fremdkörpers. Heilung. (Gastrotomie for the digital [illegible] of the oesophagus and removal of a foreign body. Recovery.)

[illegible]

[illegible] seiner Bedeutung gemäss, etwas ausführlich mit- [illegible] Ausgang zu beglückwünschen. [illegible] Pfirsichkern im Oesophagus [illegible] entfernt. Während 48 Stunden [illegible] eingeführten Instrumenten den [illegible] Da nämlich von der Oeso- [illegible] Entfernung gewesen wäre, so [illegible] Zoll durch den Oesophagus [illegible] auf diese Weise nicht mehr als [illegible] für die Gastrotomie entschied, hielt [illegible] geringsten Verletzung der Theile aus- [illegible] geleitet:

[illegible] den Magen zugleich mit Heraus- [illegible] Bauchhöhle und Einführung der Hand in [illegible] Denn sie würden bei einem [illegible]

[illegible] den Finger allein bewirkt werden, wenn [illegible] dass die vordere Magenwand in- [illegible] in den Oesophagus eingehenden

[illegible] nahe der Wirbelsäule liegt, so [illegible] abgeben; ausserdem würde [illegible] liegen, als eine solche parallel

den Rippen. Diese Incision war im Allgemeinen vorzuziehen, und die durch dieselbe manipulirende Hand oder Finger würden weniger durch die überhängenden Rippen gehindert.

Die Natur des Fremdkörpers (da er glatt und frei von scharfen Ecken war) macht es wahrscheinlich, dass man ihn gefahrlos von unten nach oben stossen oder hinaufziehen könnte, für den Fall, dass man ihn nicht leicht abwärts in den Magen treiben konnte.

Die Bauchhöhle wurde durch eine 9 Ctm. lange Incision eröffnet, die sich in gleicher Höhe mit dem 9. Costalknorpel bis 6 Ctm. oberhalb des Nabels erstreckte. Der über die untere Fläche des Zwerchfells geführte Zeigefinger konnte zwar die Herzbewegungen fühlen, entdeckte jedoch keinen Fremdkörper in der Gegend des Orificium oesophag. Der Magen war leer. Der Pylorus wurde festgestellt und ein Theil der vorderen Wand wurde zur Incision auserwählt. Dieselbe war etwa 9 Ctm. vom Pylorus entfernt und lag in der Mitte zwischen grosser und kleiner Curvatur, wie dies aus dem Umstand hervorgeht, dass die oberflächlichen Gefässe sehr wenig sichtbar waren. B. zog diesen Theil durch die Bauchwand hindurch, legte, 6 Ctm. in verticaler Richtung von einander entfernt, zwei Seidenschlingen hindurch und machte zwischen denselben eine $1^1/_4$'' lange Incision. Diese gestattete das Entweichen von Gas und ein paar Tropfen bräunlicher Flüssigkeit. Nunmehr befestigte er zwei weitere seidene Schlingen in dem Rand dieser Wunde, um sie sicher festzuhalten und führte, indem er die Ränder des Bauchschnitts mit flachen Schwämmen schützte, den Zeigefinger direct nach hinten, bis er die Wirbelsäule fühlte; hierauf aufwärts, bis er in den Oesophagus eintrat.

Der Finger verstopfte die Wunde so vollständig, dass, wenn Flüssigkeit vorhanden gewesen wäre, diese nicht hätte entweichen können, und dies ermuthigte ihn, die Bauchwand einzudrücken und den Finger so weit als möglich aufwärts zu drängen. Hierbei folgte die vordere Wand mit den Seidenschlingen dem Finger in die Höhle und legte sich so um denselben, wie das invaginirte Scrotum bei der Untersuchung des Inguinalcanals. Der Fremdkörper konnte jedoch erst gefühlt werden, als ein von oben eingeführtes Bougie denselben stark drückte. Alsdann kam eine seiner abgeflachten Flächen gegen die Fingerspitze mit einem „Schleimhautkragen“ umgeben. Nunmehr versuchte B., dieselbe mit dem Fingernagel zu berühren, damit der Rand sich nach unten stellte und führte unmittelbar darauf längs seines Fingers eine gekrümmte Oesophaguszange so weit ein, bis sie den Fremdkörper erreichte. Alsdann zog er mittelst der Seidenschlingen die vordere Wand zurück, wobei der Finger folgte und die Oeffnung noch immer verschlossen hielt. Ein oder zwei Versuche, den Stein mit dieser oder einer geraden Zange, die auf dieselbe Weise eingeführt worden war, zu fassen, waren vergeblich, obwohl er mit der Spitze der Branchen deutlich gefühlt werden konnte.

Indem er den Finger wieder einführte, brachte er gleichzeitig vom Mund aus ein dünnes Bougie über den Fremdkörper. An dem unteren Ende des Bougies war ein Schwamm von 1,5 Ctm. im Durchmesser und 4,5 Ctm. lang mit starker Seide befestigt, deren eines Ende lang gelassen wurde. Der Schwamm wurde durchgetrieben, traf auf geringen Widerstand und, wiewohl er den Stein offenbar ver-



schoben hatte, so brachte er ihn doch nicht herauf. Es wurde darauf ein grösserer Schwamm an dem langen Ende der Seide angebunden und durchgezogen. Dieser brachte den Stein in den Mund, von wo aus er mit dem Finger entfernt wurde. Bei diesen Manipulationen wurde die vordere Wand durch die Seidenschlingen oberhalb der Bauchwand gehalten, während die Schlingen in ihren Rändern, von den Assistenten gehandhabt, sich nützlich erwiesen, indem sie einen leichten Zugang zum Innern des Magens gestatteten. Von Zeit zu Zeit flossen einige Tropfen einer trüben, bräunlichen Flüssigkeit aus; sie wurden jedoch von zwei Schwämmen aufgesogen, die an jeder Seite der Magenwand gehalten wurden. Kein Blut zeigte sich in dem den Stein oder Schwamm umgebenden Schleim, so dass B. daraus schloss, dass keine Verletzung der Oesophagusschleimhaut stattgefunden habe. Die Magenschleimhaut wurde mit acht Catgutnähten, die Peritonealbekleidung mit 10 oder 12 Lembertnähten aus feinster Carbolseide genäht. Die Stichpunkte ober- und unterhalb der Incision, welche durch die Seidenschlingen entstanden waren, wurden mit je einer Lembertnaht geschlossen, weil er in Zweifel war, ob sie sich durch alle Gewebe erstreckten oder nicht. Der Bauchschnitt wurde mit einer fortlaufenden Peritonealnaht von Catgut und unterbrochenen Seitennähten durch die anderen Schichten geschlossen. Die Operation dauerte $1^1/_4$ Stunde; am Schluss derselben war das Allgemeinbefinden des Patienten ein zufriedenstellendes. Er machte eine schnelle Genesung durch, ohne irgend welche ungünstige Zwischenfälle.

In Rücksicht auf diesen Fall scheinen folgende Punkte beachtenswerth:

1. Die kleine Magenwunde — $1^1/_4''$ lang —, gerade gross genug, um den Zeigefinger durchzulassen.

2. Die Einstülpung der vorderen Magenwand.

3. Die Anwendung der Fadenschlingen, welche den Assistenten anvertraut wurden und durch deren Anziehung die Wundränder im Magen geschlossen gegen den Finger gehalten wurden, so dass dieser als Tampon wirkte und das Entweichen von Flüssigkeiten verhütete.

4. Die schonende Behandlung des Magens selbst. Zu keiner Zeit wurde er mehr als 6 Ctm. über die Bauchwand hervorgezogen. Es geschah dies zu der Zeit, als die Instrumente eingeführt wurden. Sobald sie die Höhle erreichten, wurde die Wand mit Finger und Instrumenten auf einmal aufwärts geschoben, und die Oesophagusöffnung wurde erreicht, indem man die Wirbelsäule und Mittellinie als Wegweiser benutzte. Da das Instrument fast direct von der Wunde in den Oesophagus geführt wurde, so wanderte es nicht über die Oberfläche der Magenschleimhaut.

LEFFERTS.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) J. Gottstein (Breslau). **Die Krankheiten des Kehlkopfes** mit Einschluss der Laryngoscopie und der local-therapeutischen Technik für practische Aerzte und Studirende. Mit 39 Abbildungen. Zweite verbesserte und vermehrte Auflage. Leipzig und Wien. Franz Deuticke.

Die erste Nummer des Centralblatts brachte eine Besprechung der ersten Auflage dieses Buches. Bei aller Anerkennung der Vorzüge des Werkes konnten einige Mängel nicht unerwähnt bleiben. Vorzugsweise wurde ausgiebigere Literaturbenutzung und ausführlichere Bearbeitung der Neurosen des Kehlkopfes empfohlen. Mit wahrer Freude soll heute anerkannt werden, dass die damaligen Einwände der zweiten Auflage gegenüber hinfällig geworden sind, in der den Neurosen ganz besondere Sorgfalt gewidmet worden ist. Von kleineren Dingen wäre etwa zu erwähnen, dass bei der Betastung (§ 31) auch die Function des M. cricothyreoideus, die Stimmvibration und das Stenosenschwirren in Betracht kommen, dass im 5. Kapitel auch der Betheiligung des Kehlkopfes an der Bildung des Schlingrohres gedacht werden konnte, dass manchen Leuten noch nicht einmal die S. 23 geforderte Untersuchung des ganzen Respirationstractus zur Sicherung der Diagnose und Prognose einer Kehlkopfskrankheit genügend erscheinen dürfte. Der Kehlkopfscatarrh bei Masern, Scharlach u. s. w. dürfte unter den primären Kehlkopfskrankheiten (§ 12) nicht ganz am rechten Platze sein. Aehnlich verhält es sich mit dem acuten Kehlkopfsoedem (§ 97) etwa mit Ausnahme der Strübing-schen Form.

Der Ansicht des Herrn Verfasser's (§ 240), dass die Diagnose der Larynxerkrankungen beim Typhus eine sehr schwierige sei, muss entgegengehalten werden, dass Typhöse in der Regel leicht zu untersuchen und die Geschwüre leicht zu sehen sind, dass man sich nur weit mehr, als seither, mit der laryngoscopischen Untersuchung Typhöser beschäftigen muss. Statt der Annahme des Herrn Verfasser's, dass die Frage von dem Vorhandensein eines Rindencentrums für den Kehlkopf des Menschen eine offene sei, möchten wir sagen: der Sitz ist nicht gekannt, das Vorhandensein ist eine physiologische wie pathologische Nothwendigkeit. So möchte noch manche kleinere Einwendung gemacht werden können. Vieles ist ja strittig in unserem Fache und wird von Verschiedenen verschieden beurtheilt. Damit soll keineswegs der Werth des Buches als vollständige, gleichmässig durchgearbeitete, klar und schön geschriebene Darstellung des ganzen Gegenstandes geschmälert werden. In den vier Jahren seit seinem ersten Erscheinen hat der Herr Verfasser mit vortrefflichem Erfolge an der Vervollkommnung seines Werkes weitergearbeitet.

Berlin, den 22. Mai 1888. C. Gerhardt.

b) **O. Chiari** (Wien). **Erfahrungen auf dem Gebiete der Hals- und Nasenkrankheiten nach den Ergebnissen des Ambulatoriums.** Leipzig und Wien. Toeplitz und Deuticke. 1887.

Es handelt sich um eine Uebersicht über die während 3 Jahren behandelten



—

schoben hatte, so brachte er ihn doc
Schwamm an dem langen Ende de
brachte den Stein in den Mund, v
Bei diesen Manipulationen wurde
oberhalb der Bauchwand gehalten,
den Assistenten gehandhabt, sich
Zugang zum Innern des Magens
Tropfen einer trüben, bräunlichen
Schwämmen aufgesogen, die an
Kein Blut zeigte sich in dem den
dass B. daraus schloss, dass keine
gefunden habe. Die Magenschle
tonealbekleidung mit 10 oder 12
Die Stichpunkte ober- und un
schlingen entstanden waren, wu
in Zweifel war, ob sie sich durch
wurde mit einer fortlaufenden
Seitennähten durch die ande
$1^1/_4$ Stunde; am Schluss de
zufriedenstellendes. Er mach
ungünstige Zwischenfälle.

In Rücksicht auf dies

1. Die kleine Magenw
Zeigefinger durchzulassen.

2. Die Einstülpung d

3. Die Anwendung d
wurden und durch deren A
den Finger gehalten wurd
weichen von Flüssigkeiten

4. Die schonende B
mehr als 6 Ctm. über d
Zeit, als die Instrument
wurde die Wand mit F
und die Oesophagusöffn
linie als Wegweiser b
den Oesophagus gefü
Magenschleimhaut.

...scheidung der Controverse zwischen der Lähmungs- ... wenn auch ein Fall mehr für die letztere zu sprechen ... eine seit Jahren in Folge von Struma bestehende ... Abnahme der Struma (Jodmedication), so dass die ... nach aussen bewegten; es konnten also in diesem ... n. postici nicht gelähmt sein, da sie sonst schon ... müssen und nicht nach 2monatlicher Jodkur ihre ... aufnehmen können. Doch war gerade hier auch die ... etwas behindert, so dass es sich um keinen reinen Fall ... diese Beobachtung viel weniger exact, als die von ... er fast dem Thierexperimente gleichkommenden Beweis- ... sche Theorie von der grösseren Vulnerabilität der Abduc-

... n der Trachea wird besonders Sitz und Form der Com- ... besprochen.

... Herpes. Geschwüren, Narben und Neubildungen des ... Kapitel über Rachenerkrankungen hervorgehoben.

... des chronischen Schnupfens habe ich besonders die ... htigt und zunächst darzulegen versucht, dass ein Theil ... der seröse Ausfluss, die Anschwellung der Nasenhaut und ... Stirnkopfschmerz und oft auch die Supraorbitalneuralgie ... der Schleimhaut der Nase und ihrer Nebenhöhlen zurück- ... ihr periodisches Auftreten aus dem plötzlichen Aufflackern ... ndung zu erklären ist. ferner dass das Alpdrücken oft auf ... der Nase beruht. Von den eigentlichen Reflexneurosen ... nur der Niesskrampf ausschliesslich von der Nase stammend. ... die genannten Affectionen meist durch Behebung des Nasen- ... Die andern Neurosen als Asthma und Migräne werden nur ... nerkrankungen veranlasst, sondern haben ihren Grund in all- ... ität oder Lungen- und Herzerkrankungen; dem entsprechend ist ... der Nase aus nur selten möglich. Die Behandlung des hyper- ... rrhs bestand in Beseitigung der geschwollenen oder hyper- ... eimhauttheile meist auf galvanokaustischem Wege. Die Ozaena ... de durch Irrigationen mit $^1/_2$ proc. Kochsalzlösung und Bepinse- ... ycerin behandelt.

... staxis geschieht zunächst einiger Fälle von Haemophilie Erwäh- ... dann besonders hervorgehoben, dass der Lieblingssitz der ... bei sonst gesunden Menschen der vordere Theil des knorpeligen ... anokaustische Zerstörung dieser Stellen führte zur Beseitigung ... bels, welches auch oft ohne chronischen Nasencatarrh hartnäckig

... Nase und diffuse gummöse Schwellung der Nasenschleimhaut ... obachtet; bei den syphilitischen Geschwüren und Nekrosen der ... ers ein Fall von Dislocation eines Schneidezahnes in die Nasen-



ambulanten Kranken (etwas über 2000), wobei einzelne besonders interessante Krankheitsfälle ausführlicher besprochen und einige Fragen aus dem Gebiete der Laryngo- und Rhinologie eingehender erörtert werden.

Um nun auf die einzelnen Kapitel näher einzugehen, sei eines Falles von Laryngitis haemorrhagica erwähnt, bei dem es zu mehreren linsengrossen Blut-extravasaten in der Substanz des rechten Stimmbandes kam, ohne dass irgend ein Trauma eingewirkt, oder eine Dyscrasie vorhanden war. Die Extravasate verschwanden in ca. 2 Wochen unter adstringirenden Einblasungen. Von Complicationen wurde bei acutem Catarrhe 4 Mal die Hypoglottitis acuta beobachtet und zwar in 2 Fällen bei jugendlichen Individuen, die als Kinder öfters Anfälle von Pseudocroup gehabt hatten. Die unter den Stimmbändern aufgetretenen rothen Wülste bildeten sich immer unter antiphlogistischer Behandlung zurück.

Oedematöse Schwellung einzelner Theile des Kehlkopfs (Epiglottis, Aryknorpel und 1 Mal rechtes Stimmband) als Begleiterscheinung des Catarrhs kam 7 Mal vor.

Bei dem chronischen Catarrhe wird ein Fall von Argyrie des Kehlkopfinnern hervorgehoben, welche sich in Folge von lange fortgesetzten Bepinselungen mit Lapislösungen herausgebildet hatte.

Erwähnenswerth ist auch ein Fall von Abscess des linken Stimmbandes, welcher sich in 3 Wochen langsam und ohne entzündliche Schwellung der Umgebung entwickelt hatte. Er wurde incidirt und heilte langsam aus; man musste ihn also als kalten Abscess auffassen.

Bei der Phthisis laryngis wird zunächst das Verhältniss zur Phthisis pulmonum besprochen und hervorgehoben, dass der Procentsatz der an Kehlkopfgeschwüren leidenden Phthisiker je nach dem Beobachtungsmateriale sehr schwankt; so ist derselbe auf laryngologischen Kliniken viel grösser als auf in-ternen; ausserdem steht die Kehlkopfaffection nicht immer im Verhältniss zur Lungenerkrankung. Bei Stenosen in Folge von Phthise bewährte sich die Tracheotomie sowohl in Bezug auf den Allgemeinzustand, als auch auf das [illegible]liche Leiden. Am besten wirkte Milchsäure auf die Geschwüre ein, obwohl auch damit oft wenig erreicht wurde. Das Curettement wurde an den ambulanten Kranken nie vorgenommen, wegen der möglichen heftigen Reactionserscheinungen.

Bei Syphilis des Kehlkopfes wurden 2 Mal gummöse Infiltrate beobachtet, einmal in Form erbsengrosser Knoten.

Was die Operation gutartiger Neubildungen anlangt, so wurde dieselbe [illegible] unter Cocaïn-Anästhesie mit Pincetten vorgenommen, wobei ich mich über[illegible] konnte, dass die Voltolini'sche Schwammmethode ganz entbehrlich [illegible] unsicherer ist.

Ein Epithelial-Carcinom wurde grösstentheils mit der Pincette [illegible] Reaction entfernt, da der Kranke sich nicht zur Exstirpation des Kehl[illegible] schliessen konnte.

In einem Falle von Narbenstenose nach Syphilis gelang [illegible] nach Schrötter's Methode und die Entfernung der Canüle. [illegible] durch Rhinosclerom verengerter Kehlkopf dilatirt.

Lähmungen der Erweiterer allein wurden öfters gesehen; [illegible]

.iblatts.

tellte Material ist so gross
dass es dem Herausgeber
usammenstellung und Be-
zum Abschluss zu bringen.
r nicht möglich sein.
cher Spannung vielerseits
rd, und da er von ver-
nung des Ergebnisses er-
Kapitel in der Presse be-
gen hier die hauptsäch-
lgen:
alle führenden Laryngo-
tartiger und 1550 Fälle
. Von ersteren sind 8216
onsfällen befenden sich,
scheinend gutartiger Ge-
sfällen im Ganzen in 32
n Procent aller Opera-

wenn man selbst auf die
richteten Fälle verzichten
lte, die Behauptung hin-
erationen, deren Berechti-
ermitteln sollte! —
n ganz anders.
er 32 Fälle von anscheinen-
um eine wirkliche Umwand-
ch, und in der That werden
st, die dieselben eingesandt
Damit wird der schon vorher
fte verringert: es bleiben nun-
tionsfälle, also 1 auf mehr
für das Vorkommen solcher

dieser 16 Fälle durchaus nicht über
in ihnen, trotz der Länge der Zeit,
während des Lebens vorgenommener
Anfang an bestandene Misch-
einige vortrefflich beobachtete Fälle mit-
unserer Analyse in extenso mitgetheilt
ob es sich nicht selbst in manchen
Fälle um solche Mischformen ge-
dieser Frage kaum von absolut sicheren,

sondern nur von mit grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit hierhergehörigen Fällen sprechen können.

Drittens endlich sind uns 12 Fälle zur Verfügung gestellt worden, in welchen eine Degeneration anscheinend gutarteriger Kehlkopfgeschwülste in bösartige ohne Vornahme irgend einer intralaringealen Operation eingetreten sein soll! Der Natur der Sache nach müssen ja solche Fälle stets als „zweifelhaft" rubricirt werden, da der Beweis nicht zu erbringen ist, dass nicht auch in ihnen von Anfang an eine Mischform vorgelegen hat. Immerhin dürfen sie für die Anschauung herangezogen werden, dass auch ohne den durch intralaryngeale Eingriffe gesetzten Reiz bei besonders disponirten Personen eine Umwandlung gutartiger in bösartige Geschwülste vorzukommen scheint.

Dass aber dieser Reiz allein und an sich nicht eine derartige Umwandlung zu produciren im Stande ist, wird sonnenklar durch unsere Sammelforschung bewiesen. Denn könnte er einen derartigen Einfluss ausüben, so müsste das Verhältniss der Degenerationen zu den Operationsfällen ein völlig anderes sein, als es sich durch die Collectivaction der Laryngologen der Welt bei kritischer Analyse jetzt herausgestellt hat, nämlich als 1 : 513! —

Es darf also mit Bestimmtheit ausgesprochen werden, dass die intralaryngeale Operationsmethode nicht für die in seltensten Fällen anscheinend vorkommenden Degenerationen verantwortlich gemacht werden kann, und wir dürfen die segensreiche Errungenschaft Victor von Bruns' ruhig weiter zum Besten von — wie unsere Sammelforschung zeigt — Tausenden von Kranken verwenden, ohne fürchten zu müssen, eine unschuldige Neubildung in eine bösartige zu verwandeln.

Allen Denen, deren bereitwillige Unterstützung die Gewinnung dieses werthvollen Resultats ermöglicht hat, sei unser herzlichster Dank dargebracht.

Die Details sollen so bald als irgend möglich mitgetheilt werden.

Bericht des Myxoedem-Comités der Clinical Society of London.

In der Sitzung der Clinical Society am 25. Mai 1888 erstattete der Vorsitzende des Comités, Dr. Ord, einen vorläufigen Bericht über die nach vierjähriger Thätigkeit nunmehr zum Abschluss gelangten Forschungen des Myxoedem-Comités. Derselbe gipfelt in den Angaben, dass das Charakteristische der Krankheit in zerstörenden resp. atrophischen Veränderungen der Schilddrüse zu finden sei, dass das Myxoedem der Erwachsenen mit dem sporadischen Cretinismus der Kinder und mit der Cachexia strumipriva identisch und mit dem endemischen Cretinismus nahe verwandt sei, und dass über die letzte Ursache des Verlustes oder des pathologischen Unterganges der Schilddrüse in diesem Augenblicke noch Nichts ausgesagt werden könne. (Vgl. Brit. Med. Journal u. Lancet, 2. Juni 1888.)

Der Bericht hat also die vor fünf Jahren aufgestellte Hypothese des Herausgebers des Centralblatts (vgl. Centralblatt I., pag. 302, 303, Anmerkung) nach jeder Richtung hin bestätigt.

Details werden nach dem in diesem Herbste erfolgenden Erscheinen des Berichtes gegeben werden.



Britische Laryngologische und Rhinologische Gesellschaft.

Eine vorberathende Sitzung dieser neu zu begründenden Gesellschaft (vgl. Centralblatt IV. pag. 294) fand am 27. April 1888 in den Räumen der Medical Society of London unter dem Vorsitz Dr. Whistler's statt. Anwesend waren die Herren: Whipham. Woakes, Prosser James, Dundas Grant, Gordon Holmes, Bond, Jewell, Mattheson, Lennox Browne, Bailey, Stewart, Stoker, A. Woakes, Creswell Baber, Hunter Mackenzie, Mac Intyre. Es wurde mitgetheilt, dass 51 Beitrittserklärungen eingelaufen seien, und einstimmig der Beschluss gefasst, eine „Britische Laryngologische und Rhinologische Gesellschaft" zu gründen. Am 29. Juni soll die erste allgemeine Sitzung behufs der Wahl des Bureau stattfinden. Der amtirende Secretair, Dr. A. Hayes, 56 Merrion Square South, Dublin, ist gern bereit, weitere Auskunft zu geben.

Amerikanische Medicinische Gesellschaft.

Die bisherige Section für Ophthalmologie, Otologie und Laryngologie der „American Medical Association" ist, wie Herr College M. Thorner (Cincinnati) die Güte hat, uns mitzutheilen, gespalten und eine selbstständige Section für Laryngologie und Otologie geschaffen worden. Zum Vorsitzenden derselben für das kommende Jahr ist Dr. Daly (Pittsburg), zum Schriftführer Dr. Fletcher Ingals (Chicago) erwählt worden.

Amerikanische Rhinologische Gesellschaft.

In der fünften Jahresversammlung dieser Gesellschaft wurden folgende Beamte gewählt: Dr. C. H. Klein (Dayton) zum Präsidenten; Dr. R. S Knode (Fort Wayne, Ind.) und Dr. A. G Hobbs (Atlanta, Ga.) zu Vicepräsidenten; Dr. John North (Keokuk, Ja.) zum Schriftführer und Schatzmeister: Dr. N. R. Gordon (Springfield, Ill.) zum Bibliothekar. Es wird mitgetheilt, dass die nächste Versammlung in Cincinnati, im September 1888, stattfinden wird.

Auszüge aus den verlesenen Arbeiten werden rechtzeitig im Centralblatt erscheinen, sobald dieselben veröffentlicht sein werden.

Vorläufiges Programm der Laryngologischen Section beim Meeting der British Medical Association in Glasgow (7.—11. August 1888).

Section L. — Laryngologie und Rhinologie.
(Sitzungslocal: Divinity, Class Room.)

Präsident: Felix Semon, M. D
Vicepräsidenten: G. Hunter Mackenzie, M. D., Peter Mc Bride, M. D.
Secretaire: D. Newman, M. D., 18 Woodside Place, Glasgow. A. E. Garrod, M. D., 9 Chandos Street, Cavendish Square, W. London.

Folgende Fragen sind zur speciellen Discussion gestellt:

1. Gebrauch und Missbrauch localer Behandlung in Krankheiten der oberen Luftwege. Eingeleitet von Dr. de Havilland Hall (London) und Mr. G. Stocker (London).
2. Die Ursachen, Wirkungen und Behandlung von Stenose der Nase. Eingeleitet von Dr. Macintyre (Glasgow) und Mr. Cresswell Baber (Brighton).
3. Blutungen aus Pharynx und Larynx und andere Blutungen,

Dr. Percy Kidd (London)

kundgegeben, sich an den Dis-

Bride (Edinburgh). Dr. Charles

(Paris) und Mr. Richard Ellis

von Nasenrachenpolyp.

Affectionen.

Laryngoskopie in Folge von Ver-

der acuten Laryngitis.

sein. Mittheilungen bezüg-

Theilnahme an den Debatten etc.

3 Chandos Street
Cavendish Square
W. London

Aerzte zu Köln.

der vom 18. bis 23.

deutscher Natur-

zur Theilnahme an

Abtheilung einzuladen.

Köln, Eintrachtstr. 143.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang V. Berlin, August. 1888. No. 2.

I. Die Krankheit Kaiser Friedrich des Dritten und die Laryngologie.

London, 19. Juli 1888.

Der officielle Bericht über die Krankheit Kaiser Friedrich des Dritten ist vor wenigen Tagen erschienen, und die Welt befindet sich nunmehr zum ersten Male im Besitze einer zusammenhängenden Darstellung über diese traurigste Tragödie unserer Zeit.

Wie sehr auch immer die Meinungen über Einzelheiten in der Form des Berichts auseinandergehen mögen — und uns will bedünken, dass man vielerseits den sachlichen Inhalt, auf den allein es ankommt, über formellen Ausstellungen ganz ungebührlich hat zurücktreten lassen — so wird demselben jedenfalls nicht abgestritten werden können, dass er eine durchaus verständliche und logische Darstellung von dem Krankheitsverlauf giebt, eine Darstellung, welche sowohl mit unseren allgemeinen Kenntnissen vom Kehlkopfkrebs, wie mit dem Obductionsresultat im vollständigsten Einklange steht. Gegenüber den bis in die letzte Lebenszeit des hohen Patienten fortgesetzten Versuchen, den ganzen Fall als einen im höchsten Grade mysteriösen und zweifelhaften darzustellen, Versuchen, die wahrlich die diagnostische Leistungsfähigkeit der Laryngologie in einem sehr ungünstigen Lichte erscheinen liessen, ist jedenfalls die gegebene Aufklärung, die den Fall als ein einfaches Beispiel von Kehlkopfepitheliom, in den späteren Stadien wie so häufig mit Perichondritis und Oedem complicirt erscheinen lässt, dankbar zu begrüssen.

Abgesehen von der thatsächlichen Darstellung des Verlaufs ergiebt sich aus dem Bericht eine Reihe der denkbar schwersten Anklagen gegen Sir Morell Mackenzie. Er wird nicht allein uncollegialischen Verhaltens gegen die Aerzte, die ihn berufen hatten, nach ärztlichen Begriffen durchaus unzulässigen Verkehrs mit der Presse, flüchtiger Untersuchung, eines Kunstfehlers beim Operiren geziehen, sondern es wird ihm der directe Vorwurf gemacht, das zur Zeit seiner Berufung bereits kaum misszudeutende Krankheitsbild trotz aller ihm entgegengehaltenen Argumente unrichtig ausgelegt zu haben. Und vor allen Dingen wird jene schwerste Anklage gegen ihn erhoben, dass er das sich während des Aufenthalts des Kronprinzen in England unter seinen Augen vollziehende weitere Wachsen der Neubildung nicht nur übersehen, sondern trotz immer wiederholter, bestimmtester Warnungen und Mahnungen abgestritten und hierdurch jenes verhängnissvolle „zu

[illegible] im November das Endergebniss der in Berlin unter [illegible] Hausministers abgehaltenen Aerzteconferenz bildete. [illegible] schwerer Natur, zumal wenn man bedenkt, dass sie [illegible] unabhängiger, ehrenwerther, in erster Reihe der [illegible] Männer erhoben werden, dass dieselben absolut nicht mit [illegible] werden können. In der That ist bereits eine — anschei- [illegible] Mittheilung durch die englische Presse gegangen, der zufolge [illegible] von Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin [illegible] worden sei, für Höchstdieselbe „eine wahre Geschichte der [illegible] Kaisers Friedrich des Dritten vorzubereiten zu [illegible] die vielen ungenauen Angaben zu berichtigen, welche kürzlich in [illegible] Document erschienen sind, das von einigen der deutschen Aerzte [illegible] ist, welche zu verschiedenen Zeiten Se. Maj. den Hochseligen [illegible] haben." — Hinzugefügt wird, dass gegenwärtig unbekannt sei, [illegible] Majestät die Veröffentlichung des Berichts genehmigen werde. — Es [illegible] zu hoffen, dass diese Genehmigung ertheilt werden wird. Anderen [illegible] kaum zu vermuthen, dass sich die öffentliche Meinung mit dieser [illegible] beruhigen wird.

[illegible] den Augenblick gebietet es indessen die Gerechtigkeit jedenfalls, mit [illegible] zurückzuhalten. Wir verzichten daher gegenwärtig auf eine Be- [illegible] des Falles selbst und behalten eine solche eventuell für später vor.

[illegible] hat der traurige Fall eine Anzahl allgemein wichtiger Fragen an- [illegible] deren Discussion im Interesse kommender Leidensgenossen des verewigten [illegible] nicht länger verschoben werden darf, und suchen ist unser gegenwär- [illegible] Artikel gewidmet. Es sind Fragen diagnostischen, therapeutischen, ethi- [illegible]

[illegible] die Diagnose des [illegible] Krebses anbelangt, so ist im Laufe des ver- [illegible] dass einige hier- [illegible]

[illegible] werden, dass [illegible] gar kein Beweis gegen [illegible] — Im Gegen- [illegible] einer ausnahmsweise [illegible] selten, dass [illegible] constitu- [illegible] ursprünglich fast [illegible] zweiten Dys- [illegible] sein, [illegible] dieser Sym- [illegible] Sitze des [illegible] zum Lebensende des [illegible] zu betonen. [illegible] eintritt, ein [illegible] mit grösster Be- [illegible] zum Ende entweder

ganz gefehlt hat, oder so unbedeutend. resp. temporär vorhanden gewesen ist, dass er einen der wenigst hervortretenden Züge des Krankheitsbildes darstellte.

Auch möchten wir mit aller Bestimmtheit hervorheben, dass das Ausstrahlen des Schmerzes, wenn vorhanden, in die Ohren, keineswegs für Krebs pathognomonisch ist, sondern bei anderen chronischen Kehlkopfkrankheiten, die auch sonst mit Krebs verwechselt werden könnten (Tuberculose, Syphilis), ebenfalls vorkommt.

Von den constitutionellen Symptomen fehlt die Lymphdrüsenschwellung bisweilen bis zum Tode, sehr gewöhnlich tritt sie erst spät, d. h. im zweiten Halbjahre der Krankheit, oder noch später auf; in manchen Fällen findet man die tiefer gelegenen Lymphdrüsen bei der Obduction afficirt, während die sorgsamste wiederholte Untersuchung des Halses im Leben nicht die Spur einer Drüsenschwellung wahrnehmen liess. Jedenfalls dürfte es als allgemeine Regel hinzustellen sein, dass in zweifelhaften Fällen der Mangel eines Nachweises von Lymphdrüsenschwellung absolut nicht gegen die Diagnose eines internen Kehlkopfkrebses verwendet werden darf.

Die Cachexie tritt fast immer erst sehr spät auf.

Was nun die objectiv nachweisbaren Symptome anbetrifft, so muss in erster Stelle auf's Nachdrücklichste betont werden, dass der Kehlkopfkrebs in äusserst verschiedener Gestalt auftritt. So kann er als ein Papillom, so kann er als ein Fibrom imponiren, in seltenen Fällen ist die Geschwulst sogar deutlich gestielt. Diese Polymorphie ist in vielen Lehrbüchern der Laryngologie gar nicht, oder nicht energisch genug betont, und dies ist wohl die Veranlassung, dass viele Aerzte, und selbst Laryngologen, sich den Kehlkopfkrebs stets als eine „diffuse, knotige Geschwulst“ vorstellen, und z. B. bei papillomatös aussehenden Neubildungen anfänglich gar nicht daran denken, dass dieselbe möglicherweise maligner Natur sein könnten. Zeigt sich dann die wahre Natur der Sache später, so muss eine „Umwandlung“ vorgekommen sein! — Wir werden auf diese wichtige Frage bei der Analyse unserer Sammelforschung zurückzukommen haben, mussten ihrer aber hier schon erwähnen, weil, nach einigen uns zugegangenen Antworten zu schliessen, bisher mancherseits über dem blossen Aussehen der Geschwulst wichtige andere Umstände, wie das Alter des Patienten, der Sitz der Neubildung und — bei Fällen von Stimmbandtumoren — die Frage der Beweglichkeit des Stimmbandes zu sehr ausser Acht gelassen worden sind.

Was diese drei Punkte betrifft, so wäre Folgendes allgemein auszusagen:

Wenn auch gutartige Neubildungen in jedem Lebensalter auftreten können, so wird der Laryngolog gut thun, in jedem Falle, in welchem der Beginn der Entstehung des Leidens nach dem 35. Lebensjahre erfolgt ist, an die Möglichkeit der Bösartigkeit zu denken, und sich dieser Möglichkeit verschärft zu erinnern, wenn die Geschwulst nach zurückgelegtem 50. Jahre aufgetreten ist.

Was den Sitz anbetrifft, so entspringen, wie Virchow kürzlich wieder sehr richtig hervorgehoben hat, gutartige Papillome gewöhnlich von der vorderen Commissur oder an den vorderen Theilen der Stimmbänder. Verdächtig ist es, wenn bei einem über 50jährigen Patienten sich ein fransenförmiger, anscheinend papillomatöser Saum fast der ganzen Länge eines Stimmbandes entlang zieht, wohl gar auf das Taschenband, den Giessbeckenknorpel, die arytaeno-epiglottische



Falte übergreift, während die andere Kehlkopfhälfte gesund ist; sehr verdächtig, wenn eine wenig gestielte oder breit mit dem Stimmbande zusammenhängende Warze dem hinteren Theil des Stimmbandes aufsitzt. Gegen die Verwechslung einer Pachydermie an dieser Stelle mit einem warzenförmigen Epitheliom schützt die bei ersterer, wie wir auf Grund mehrfacher Beobachtungen mit Bestimmtheit sagen können, vollständig erhaltene Beweglichkeit des betreffenden Stimmbandes.

Hinsichtlich dieses Punktes ist es für den Schreiber dieser Zeilen sehr erfreulich, dass die grosse Wichtigkeit der Frage der Stimmbandbeweglichkeit für die frühzeitige Diagnose des Stimmbandkrebses, auf welche, so weit ihm bekannt, er zuerst (Heath's Dictionary of Practical Surgery, vol. I., pag. 895) und wiederholt („Clinical Society's Transactions", vol. XX., pag. 45; „British Medical Jounal 1887, vol. I., pag. 1240) aufmerksam gemacht hat, im Laufe des letzten Jahres von competenten Beobachtern, wie Störk und Hunter Mackenzie, bestätigt worden ist, und dass dieselbe auch, wie der officielle Bericht über die Krankheit des Kaisers zeigt, in diesem traurigen Falle von Anfang an seitens Gerhardt's und Landgraf's die ihr gebührende Beachtung gefunden hat. Für künftige Fälle wird es als ein äusserst wichtiges, differential-diagnostisches Moment zu gelten haben, dass bei bösartigen Neubildungen am Stimmbande die Beweglichkeit des letzteren gewöhnlich schon sehr frühzeitig leidet, selbst wenn die Neubildung verhältnissmässig entfernt vom Crico-arytaenoidalgelenk sitzt, bei gutartigen dagegen nicht.

Auf die Frage des Werthes der mikroscopischen Untersuchung intralaryngeal entfernter Geschwulstfragmente werden wir gelegentlich der Sammelforschung zurückzukommen haben; der traurige Fall des Kaisers hat das leider nur zu sehr bestätigt, was Butlin und der Herausgeber des Centralblatts über diesen Punkt am 4. Juni 1887 im British Medical Journal gesagt haben.

Wir kommen nunmehr zu der Frage der Complication des Krebses mit Perichondritis. Ueber wenige Punkte scheinen so viel irrthümliche Anschauungen verbreitet zu sein als über diesen, und doch ist die Sache unendlich einfach. Es ist eines der Characteristica bösartiger Neubildungen, dass dieselben bei ihrem Fortschreiten kein Gewebe des Körpers schonen, wenn auch einige dieser Gewebe der Invasion grösseren Widerstand entgegensetzen als andere. So ist es denn auch nur natürlich, dass der krebsige Process im Kehlkopf in die Tiefe dringt und nach Zerstörung der Weichtheile das Perichondrium und die Knorpel selbst afficirt. Das ist sehr häufig beobachtet und beschrieben worden. In einer Reihe dieser Fälle nun, in welchen dieser Process sich verhältnissmässig langsam vollzieht, geht auch der ergriffene Theil des Knorpelgerüstes und seine Bedeckung sehr allmälig zu Grunde, und die Erscheinungen der Perichondritis und Knorpelnecrose kommen gar nicht zur Beobachtung oder treten doch hinter den Krebssymptomen vollständig zurück; in einer anderen Reihe treten umgekehrt die perichondritischen Erscheinungen, öfters begleitet von Fieber, acutem Oedem der benachbarten Weichtheile etc. zeitweise oder selbst dauernd in den Vordergrund, und die Krebsphänomene mögen hierdurch vollständig verdunkelt werden. Ein Fall dieser Art ist vor nicht weniger als 22 Jahren von Türck in seiner „Klinik der Kehlkopfkrankheiten" auf p. 336 u. ff. in wahrhaft klassischer Weise beschrieben und durch zwei äusserst instructive Abbildungen illustrirt worden,

und über den ähnlichen, ebenfalls sehr belehrenden Fall Samuel West's hat der Herausgeber in diesem Centralblatt zweimal (Vol. III. p. 447, Vol. IV. p. 367) referirt. Bekommt man solche Fälle erst dann zum ersten Male zu Gesicht, wann die Perichondritis die Grundkrankheit bereits vollständig maskirt hat, so kann die Diagnose der letzteren allerdings eine sehr schwierige sein; hat man aber Gelegenheit gehabt, den Fall vom Beginne des Auftretens einer warzenartigen Neubildung an einem Stimmbande zu verfolgen, so liegen solche Schwierigkeiten natürlich nicht vor. — Wie im Falle des Kaisers die Elimintation nekrotischer Weich- und Knorpeltheile als Gegenbeweis gegen die Krebsdiagnose verwerthet werden konnte, ist unverständlich: es liegt nicht der geringste Grund vor, weshalb nicht beim Kehlkopfkrebs ebenso wie bei Krebsen anderer Theile (Oesophagus-Magen-Uteruskrebs) nekrotische Fetzen abgestossen werden sollten, und weshalb nicht, wenn es zur Bildung eines perichondritischen Abscesses gekommen ist, in der Abscesshöhle freiliegende nekrotische Knorpelfragmente ebenso wie bei Perichondritis und Knorpelnecrose aus irgend welchen sonstigen Ursachen eliminirt werden sollten. Bei einem in diesem Augenblicke im St. Thomas-Hospital unter Sir William Mac Cormac's und des Herausgebers Behandlung stehenden, an Kehlkopfkrebs mit secundärer Perichondritis leidenden Kranken fand sich vor wenigen Wochen etwa der dritte Theil der so abgestossenen Ringknorpelplatte in der tracheotomischen Wunde, und seither hat er eine ganze Anzahl kleinerer Fragmente ausgehustet.

Was die Behandlung des internen Kehlkopfkrebses anbelangt, soweit sich Lehren für dieselbe aus dem Falle des Deutschen Kaisers ziehen lassen, so soll hier nur eines Punktes gedacht werden, der im Interesse anderer ähnlicher Fälle dringend der Erörterung bedarf: nämlich der Verwerthung der Statistik für die Entscheidung des therapeutischen Vorgehens in dem betreffenden individuellen Falle. Die Aeusserungen v. Bergmann's über diesen Punkt in dem Bericht treffen den Nagel dermassen auf den Kopf, dass wir nicht besser thun können, als sie hier wörtlich zu citiren:

„Es ist ein entschiedener Fehler," sagt er, „den Werth einer Operation nach den aus der Literatur zusammengetragenen Resultaten der hier und da in den Magazinen unserer Casuistik zerstreuten Einzelfälle zu beurtheilen. Diese Statistiken und Zusammenstellungen lehren nur eines, den besonderen Fall besonders zu erwägen. Ueberblickt man eine Reihe solcher Arbeiten, soweit sie sich auf die Exstirpation des ganzen Kehlkopfes oder einzelner seiner Abschnitte beziehen, so stellt sich das heraus, was die Geschichte auch anderer Organexstirpationen der Neuzeit, ebenso wie die Geschichte der Magen- und Darmresectionen ergeben hat. Man hat anfangs die neuen Operationen mit zu grossen Hoffnungen begrüsst und daher ihnen auch eine zu grosse Ausdehnung gegeben. Aber gerade dadurch ist man verhältnissmässig schon früh zu ausreichenden Erfahrungen gekommen, deren Ergebniss die Beschränkung des Eingriffes auf nur wenige, dann aber auch mit grösserer Wahrscheinlichkeit zu heilende Fälle ist. Die nach totaler und partieller Kehlkopfexstirpation geheilten Fälle sind alles solche, die erst relativ kurze Zeit bestanden und eine nur geringe Ausbreitung besassen. Daher erklärt es sich auch, dass die Prozentziffer der durch Entfernung nur einer Hälfte oder noch geringerer Abschnitte des Kehlkopfes geheilten Fälle eine gün-



stigern ist als die der Heilungen durch Totalexstirpation. Die entfernten Gewächse waren bei jener eben kleiner als bei dieser.“

Das sind fürwahr goldene Worte! Aber wie wenig ist der in denselben niedergelegten Grundsätze in den meisten der Statistiken gedacht worden, die im letzten Jahre dazu bestimmt gewesen sind, das Publikum über den Werth der partiellen oder totalen Kehlkopfexstirpation „aufzuklären“? — Urtheilslos sind die Fälle zusammengestellt worden, Fälle in denen überhaupt nicht mehr hätte operirt werden sollen, sind als äquivalent mit solchen bezeichnet worden, in denen die Operation in der That indicirt war und gute Resultate gegeben hat, und da man erst in jüngster Zeit dazu gekommen ist, präcisere Indicationen aufzustellen, so ist die bisherige selbstverständlich nicht günstige Statistik der Operation dazu benutzt worden, um das Publikum gegen dieselbe einzunehmen und ihm überhaupt einen ganz falschen Begriff von ihren Aussichten beizubringen. Das geht leider noch bis auf den heutigen Tag so weiter, und die einzige uns bekannt gewordene, rühmliche Ausnahme bildet die Scheier'sche Statistik. (Deutsche Medicin. Wochenschrift 1888 Nro. 33.) — *Im Interesse der Kranken* können wir nicht scharf genug gegen diese tendenziösen Darstellungen protestiren! Wenn es sich bei der ganzen Frage darum handelte, ein zwar schmerzhaftes, aber nicht lebenbedrohendes Leiden durch eine im höchsten Grade lebensgefährliche Operation zu bekämpfen, so wäre die der letzteren gemachte Opposition nicht allein verständlich, sondern auch gerechtfertigt! — Wo die Sache aber so liegt, dass *ohne* die Operation von hundert Kranken *alle hundert* und zwar in *jammervollster* Weise und in verhältnissmässig *kurzer* Zeit zu Grunde gehen *müssen*, während *durch* die Operation, *wenn dieselbe nur hinreichend früh gemacht wird*, doch, wie die *Scheier*'sche Statistik zeigt, *zum mindesten 21 pCt.* dauernd gerettet werden (wahrscheinlich ist die Procentzahl bedeutend grösser), so wäre es unseres Erachtens nach die Pflicht der Tagespresse, *wenn sie sich überhaupt mit derartigen rein medicinischen Dingen beschäftigen will*, das Publicum über den Werth einer *frühzeitig* vorgenommenen Radicaloperation zu belehren, anstatt demselben, wie dies leider nur zu ausgiebig im letzten Jahre geschehen ist, eine ganz unrichtige Ansicht von den Verhältnissen beizubringen! —

Und diese Erwähnung der Tagespresse bringt uns zu dem letzten und vielleicht wichtigsten Punkte dieses Artikels, der Frage: in wie weit rein medicinische Details überhaupt Gegenstand der Erörterung in der politischen Presse bilden sollten? Dass diese Grenze im letzten Jahre *weit* überschritten worden ist, dürfte wohl von keiner Seite bestritten werden können. Es war ja natürlich genug, dass, bei der allgemeinen Liebe und Verehrung, deren sich der Hochselige Kaiser weit über die Grenzen Deutschlands hinaus erfreute, jedes ihn und sein Leiden betreffende Detail das allgemeine Interesse des Publikums erweckte. Dass aber dieses Interesse in schonungslosester Weise ausgebeutet worden ist, — wer kann es leugnen? Jedes Symptom seines Leidens, die Prognose, die Details chirurgischer Vornahmen — Alles das wurde dem Publikum eben so breit, wie nicht selten unrichtig, jeden Morgen auseinandergesetzt, die verschiedenen Möglichkeiten discutirt, die Aussprüche mehr oder minder bekannter Fachgenossen citirt. War das nöthig? War es nützlich? War es *recht*? —



Wir wollen gern annehmen, dass die betreffende Presse im besten Glauben gehandelt hat, dass sie gemeint hat, ihrer Aufgabe nachzukommen, indem sie das Publikum unterrichtete. Aber zu sehr hat man wohl in Presskreisen übersehen, welchen Schaden man in dem nicht urtheilsfähigen, in dem nervösen Theile des Publikums durch die gemeinverständliche Aufzählung der Symptome angerichtet, welche Grausamkeit man gegenüber den Schicksalsgenossen des Hohen Patienten begangen hat! — Es ist leicht genug hingeschrieben, was noch ganz kürzlich wieder in einigen Blättern zu lesen stand: dass, selbst wenn die Operation erfolgreich gewesen ist, ein Recidiv mit Wahrscheinlichkeit zu erwarten sei. Haben die Schreiber solcher Berichte aber wohl je einen Augenblick die Seelenqualen bedacht, die sie dem erfolgreich Operirten bereiten, der eine solche Mittheilung unglücklicherweise liest? — Es ist leicht genug, unter Berufung auf diese oder jene urtheilslose Statistik die Operation und ihre Folgen in den schwärzesten Farben zu schildern: haben die Schilderer bedacht, wie sehr sie die Aufgabe des Arztes erschweren, der im geeigneten Falle in der Operation die einzige Chance, und zwar eine vernünftige Chance zur Rettung seines Kranken sehend, diesem die Sachlage nach bester Pflicht und Gewissen klar macht, und nun von dem Kranken selbst und dessen Verwandten und Freunden mit der neuesten Statistik der Operation und dem eben veröffentlichten, ungünstigen Falle des X. Y. regalirt wird? —

Und was die allgemeine „Cancrophobie" anbetrifft, die seit Jahresfrist immer grössere Dimensionen annimmt, so wird jeder beschäftigte Kehlkopfarzt von ihr zu erzählen wissen. Wer jetzt eine Paraesthesie im Halse hat, glaubt, er habe den Krebs und, selbst wenn die Leute sich scheuen zu gestehen, was sie eigentlich zum Arzt geführt hat, so sieht man sie aufathmen, wenn sie erfahren, dass nichts Schlimmes vorliegt, und häufig erfolgt dann erst die Frage, ob es auch wirklich kein Krebs sei. Dass die Existenz einer derartigen allgemeinen Beunruhigung der Quacksalberei Thür und Thor öffnet, braucht wohl nicht auseinander gesetzt zu werden.

Mögen diese Zeilen zur Rückkehr normaler Verhältnisse beitragen. Schwerlich dürfte je wieder ein Fall gleiches Interesse auf sich lenken, hoffentlich werden nie wieder die traurigen Vorgänge dieses Falles sich wiederholen! Vergangenes ungeschehen zu machen, steht in keines Menschen Hand und so wird denn auch diese traurige Episode in der Geschichte der Laryngologie unauslöschbar eingeschrieben bleiben. Aber wie aus dem Unerfreulichsten, dem Beklagenswerthesten Gutes erwachsen mag, wenn man die gemachten Erfahrungen beherzigt, so erwächst aus dem traurigen Falle Kaiser Friedrich des Dritten für die Laryngologie die Lehre, unermüdlich weiterzustreben in der frühzeitigen Erkenntniss der in unser Gebiet fallenden Krankheiten, das für richtig Erkannte rechtzeitig zur Ausführung zu bringen, steten Anschluss zu halten an unsere gemeinsame Wissenschaft, ächte Collegialität zu pflegen, nicht eitlem Ruhme, nicht dem Lobe der Oeffentlichkeit nachzujagen — mit einem Worte: nur unserer Arztespflicht zu leben. Dann, und nur dann, werden wir unseren Lohn in der Freude an wissenschaftlicher Wahrheit, in der Dankbarkeit der geretteten Kranken, in der Achtung unserer Fachgenossen und in der Ruhe unseres eigenen Gewissens finden.

Felix Semon.



II. Referate.

a. Nase und Nasenrachenraum.

1) H. St. Philippe (Bordeaux). **Das Stillen durch die Nase. (De l'allaitement par le nez.)** Bordeaux 1887.

Dieses bei Säuglingen anwendbare Verfahren ist jedes Mal nothwendig, wenn das Saugen unmöglich ist. Die Ausführung ist sehr einfach und die Resultate ausgezeichnet. Verf. hat auf diese Weise mit Erfolg ein vorzeitig geborenes Kind von 7 Monaten ernährt.

E. J. MOURE.

2) Geneuil. **Injectionen von Citronensaft bei Epistaxis. (Des injections de jus de citron dans les épistaxis.)** *Bullet. génér. de thérap. 30. Sept. 1887.*

Der Titel zeigt an, um was es sich handelt. Casuistische Mittheilung.

E. J. MOURE.

3) J. N. Mackenzie. **Der pathologische Nasenreflex; eine historische Studie. (Le réflex nasal pathologique, étude historique.)** *Ann. des mal. de l'or. etc. No. 10. Oct. 1887.*

Uebersetzung des im New York Med. Journ. vom 20. August 1887 erschienenen Artikels.

E. J. MOURE.

4) Sourdrille. **Beitrag zum Studium der Reflexneurosen, ausgehend von der Nase und dem Nasenrachenraum. (Contribution à l'étude des névroses réflexes d'origine nasale et naso-pharyngienne.)** *Thèse de Paris. December 1887.*

Die Schilderung der Anatomie und Rhinoscopie bildet einen grossen Theil dieser Arbeit. Alsdann folgt eine Auseinandersetzung über einige Läsionen der Nasenhöhlen und über Reflexe, die jedoch nichts Neues betreffs dieser Frage lehren. Ein kurzes Literaturverzeichniss, welches für sehr oberflächliche literarische Studien spricht, beschliesst diese, ein wenig flüchtige Arbeit.

E. J. MOURE.

5) Sandmann (Berlin). **Beiträge zur Aetiologie des Emphysema pulmonum und des Asthma nervosum.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 45. S. 853. 1887.*

S. führt das Emphysem zum Theil auf Nasenstenose zurück, die mechanisch Lungenerweiterung bedinge. Auch Asthma und Lungenblähung führe zu Emphysem. Es müsste deshalb Stenose und Hyperästhesie der Nase frühzeitig beseitigt werden. An den in der Berliner Medizinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrag schliesst sich eine Discussion, in der Virchow darauf aufmerksam macht, dass durch Nasenstenose nicht Emphysem, sondern nur klinisch ähnliche Zustände entstehen können. B. Fraenkel erörtert das Verhältniss der Nasenkrankheiten zur Lungenblähung und zum anatomischen Emphysem; Schadewaldt den Einfluss der Nerven.

B. FRAENKEL.

6) **D. S. Campbell. Reflex-Asthma in Folge von Nasenaffection. (Reflex-Asthma from nasal affection.)** *American Lancet. Detroit. Oct. 1887.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

7) **Ruault (Paris). Reflectorische Neuropathieen nasalen Ursprungs. (Les névropathies réflexes d'origine nasale.)** *Gaz. des hôp. 10. Oct. 1887.*

Ein vorzüglicher Artikel, der eine allgemeine Uebersicht über diese Frage darbietet. E. J. MOURE.

8) **J. O. Tansley. Nasenbeschwerden bei Ohrenkrankheiten. (Nasal difficulties in ear diseases.)** *New York. Med. Journal. 17. Dec. 1887.*

Zu den Nasenbeschwerden, welche Ohrenkrankheiten beeinflussen, gehört Alles, was ein oder beide Nasenlöcher verschliesst. Es ist dies die wichtigste Ursache für Ohraffectionen. Wenn die Nase theilweise oder ganz verschlossen ist, werden beständige Anstrengungen gemacht, sie durch Schnauben zu reinigen. Dadurch wird Congestion des Ohres erzeugt, und so findet man Zeichen von Congestion und einen chronischen catarrhalischen Process in der Paukenhöhle und Veränderungen im Ohr. Deviation der Nasenscheidewand ist eine andere Ursache für Ohraffectionen. Jeder Ohrenarzt sollte im Stande sein, solche Fälle zu behandeln. Die Eigenthümlichkeit solcher Fälle und die Behandlung derselben Seitens des Autors werden kurz besprochen. LEFFERTS.

9) **Pousson. Deviation der Nasenscheidewand. Operation. (Déviation de la cloison des fosses nasales. Opération.)** *Journ. de méd. de Bordeaux. 6. September 1887.*

P. macht einige Bemerkungen über einen jungen Patienten, welchen Ref. ihm zugeschickt hatte, und berichtet die operativen Details der Resection, welche er mit der gekrümmten Scheere und dem Hohlmeissel nach Tamponade der Choanen ausgeführt hatte.

Bei dieser Gelegenheit entspinnt sich in der Gesellschaft eine Discussion über die Reflexneurosen, an der sich Vergely und der Ref. betheiligen. Letzterer bestreitet die Existenz einer wohl begrenzten Zone, von der die Reflexe ausgehen. E. J. MOURE.

10) **G. Ficano. Deformität oder Horn der Nasenscheidewand, operirt nach der Methode von Bosworth. (Deformità o corno del setto nasale, operato col metodo di Bosworth.)** *Gazetta degli ospitali. No. 81. 1887.*

F. beschreibt zwei Fälle, in denen unter Cocainanästhesie die Knorpelauftreibung mit dem von Bosworth (Med. Rec. 29. Januar 1887) angegebenen Instrument operirt wurde, und empfiehlt dasselbe sehr. Er zieht es vor, von unten nach oben zu operiren, damit das Operationsfeld nicht durch die Blutung verdeckt wird. KURZ.

11) **A. B. Sheasber. Deformitäten der Nasenscheidewand. (Deformities of the septum nasi.)** *Cinc. Lancet-Clinic. 15. Oct. 1887.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).



[illegible] Operation wegen Verbiegung der Nasenscheidewand. [illegible] deflection of the nasal septum.) *Philad. Med. News. 1. October*

[illegible] von Dr. J. B. Roberts, welche bereits als [illegible] beschrieben wurde. LEFFERTS.

[illegible] Unregelmässigkeiten der Nasenscheidewand ohne Ver- [illegible] Factor für den Nasencatarrh. (Irregularities of [illegible] deflection as an aetiological factor in nasal ca- [illegible]

[illegible] der Zustand der Gesund- [illegible] dafür massgebend, ob [illegible] chronischen Nasencatarrh be- [illegible] Allgemeinzuständen, wie Oligämie, [illegible] werden soll, so ist [illegible] das Vorhandensein oder Fehlen von [illegible] mit oder ohne Deviation, dafür [illegible] Formen des chronischen [illegible] Unregelmässigkeiten des Septum [illegible] Deviation geben eine Reizquelle in [illegible] zu Rhinitis und zu Recidiven der- [illegible] bei verminderter Wider- [illegible]

LEFFERTS.

[illegible] der Nasenscheidewand. Deux cas de dé- [illegible] in *Journ. de méd. de* [illegible]

[illegible] des Beobachters vor und be- [illegible] und Therapie dieser Ver- [illegible]

[illegible] der häufiges [illegible]

[illegible] gewissen Fällen Anlass zu [illegible]

E. J. MOURE.

[illegible] Eine verstellbare Nasenzange. (Rever- [illegible]

[illegible] Beseitigung knöcherner und [illegible]

[illegible] zum Handgriff ge- [illegible]

[illegible] nur auf [illegible] seiner [illegible] eine Verletzung der [illegible]

[illegible]

16) **Ziem. Ueber Operationen im hinteren Abschnitte der Nase unter Leitung des Fingers.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 8. 1887.*

Z. empfiehlt zur Operation der hypertrophischen hinteren unteren Muschelenden, sowie der Anschwellungen am hinteren Rande des Septums das Einführen der galvanokaustischen Schlinge durch die Nase unter gleichzeitiger Controle des in den Nasenrachenraum eingeführten Fingers. Um die Blutung zu vermeiden, kann einige Tage zuvor die Geschwulst mit einem Flachbrenner bearbeitet und so in ihrem Gewebe brüchiger gemacht werden. SCHECH.

17) **Halagnier & Ruault. Traubenpolyp der Nasenhöhle, sich in den Nasenrachenraum erstreckend; Kopfschmerz, Neuralgien, übermässige Reizbarkeit, Exstirpation des Tumors auf dem natürlichen Wege, Heilung. (Polype en grappe de la fosse nosale droite faisant saillie dans le nasopharynx, Cephalalgie, couleurs névralgiques, irritabilité nerveuse excessive, exstirpation de la tumeur par les voies naturelles. Guérison.)** *Arch. de laryng. et rhin. Decr. 1887.*

Es handelte sich um ein Cystenepitheliom mit Cylinderzellen, wie die histologische Untersuchung ergab. E. J. MOURE.

18) **Moure** (Bordeaux). **Nasentumor. (Tumeur nasale.)** *Journ. de méd. de Bordeaux. 30. Oct. 1887.*

Ref. stellt einen 79jährigen Patienten mit einem Tumor des unteren Theils der Nasenscheidewand, von der Grösse einer kleinen Nuss, vor. Da eine specifische Behandlung fruchtlos war, so dachte der Autor an einen malignen Tumor, und fragte seine Collegen, ob sie, bei dem Alter des Patienten, eine Operation für angezeigt hielten. Dudon und Davezac sprachen sich für dieselbe aus.

Der Patient wurde vom Ref. operirt. Die Wunde heilte per primam bis auf eine Stelle am unteren Theil der Nasenscheidewand. Es trat jedoch der Tod in Folge infectiöser Pneumonie ein. E. J. MOURE.

19) **Verchère. Indicationen zur Operation bei gewissen recidivirenden Tumoren der Nasenhöhle und der Choanen. (Indications opératoires dans certaines tumeurs récidivantes de la cavité et de l'arrière cavité des fosses nasales.)** *Arch. de Laryngol. No. 1. Oct. 1887.*

V. berichtet zwei Fälle, von denen der eine — ein Polyp des Nasenrachenraums — mit dem Thermokauter nach Incision des Gaumens, der andere — ein Rundzellensarcom — nach der nasalen Methode geheilt wurde. Der Autor bemerkt, dass, wenn ein Tumor per vias naturales nicht zu operiren ist, man dies durch den Gaumen oder durch den Medianschnitt der Nase versuchen muss, wenn der Tumor diese Höhle einnimmt. E. J. MOURE.

20) **La Sota y Lastra. Fremdkörper in der Nasenhöhle. (Cuorpos extrannos en los fosas nasales.)** *Rev. de med. de Sevilla. Tomo XI. No. 6. 1887.*

Bericht über 5 Fälle von Fremdkörpern in der Nasenhöhle, bestehend aus einer Haarnadel, einem Blutegel, einer Kichererbse, einem Stück Schwamm und einem Rosenkelch, deren Ausziehung, auf sinnreichem Wege bewerkstelligt, jedes



... durch ihre Gegenwart verursachten Leiden schnelle Abhülfe brachte. ... verwirft die Weber'sche Douche durch das freigebliebene Nasenloch, weil ... dass ihre Anwendung zur Polypbildung Anlass geben kann und zu befürchten ist, dass das Wasser, statt den verstopfenden Körper mit fortzureissen, in die unteren Luftwege gerathe oder durch die Tuba in's Mittelohr dringe.

GONGORA-SENTINON.

91) ...quet. **Foetide Rhinitis in Folge eines Fremdkörpers in der linken Nasenhöhle. (Corps étranger de la fosse nasale gauche ayant provoqué une rhinite fétide.)** *Bullet. méd. du Nord. Sept. 1887.*

Ein 8jähriges Kind litt seit einem Jahre an den Symtomen einer eitrigen Coryza. Die Extraction eines Holzknopfes aus der linken Nasenhöhle heilte den Patienten von seiner Pseudocoryza.

E. J. MOURE.

92) Woltering. **Jodol als Ersatzmittel für Jodoform.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. ... 1887.*

Empfehlung des Jodols in einem Falle von polypöser Hyperplasie der Muscheln nach Operation derselben zur Nachbehandlung.

SCHECH.

93) ... (Paris). (Vorlesung, von Vignard aufgezeichnet.) **Eitrige Periostitis der Orbitalwände, secundär nach einer Eiterung des Sinus frontalis entstanden. (Périostite suppurée des parois de l'orbite consécutive à une suppuration du sinus frontal.)** *Progr. méd. 31. Dec. 1887.*

Klinische Vorlesung, besonders vom ophthalmologischen Standpunkt aus.

E. J. MOURE.

94) Kirmisson. **Pathogenese der Cysten der Highmorshöhle. (Pathogénie des kystes du sinus maxillaire.)** *Soc. de chirurgie Paris. ... Oct. 1887.*

K. führt den Ursprung der Cysten auf die von **Malassez** beschriebenen paradentalen Epithelien zurück.

E. J. MOURE.

95) ... **Cysten der Zähne und der Highmorshöhle.** *D. Monatsschr. f. Zahnheilk. ... 1887.*

Dem Referenten unzugänglich.

SCHECH.

96) ... **Ueber das Fortbestehen der Sprachstörungen nach der Abtragung der adenoiden Vegetationen. (De la persistance des troubles phonétiques après l'ablation des végétations adénoïdes.)** *... Dec. 1887.*

... adenoiden Vegetationen und ... die Sprachstörungen nach deren ... bei denen ein ziemlich ausgesprochenes ... diesen Umstand einer Parese ... zu. ... Stimmgymnastik ... wenn nöthig, soll ...

E. J. MOURE.

b. Mundrachenhöhle.

27) **A. Broca. Beobachtungen über die Pathologie der Speicheldrüsen. (Observations sur la pathologie des glandes salivaires.)** *Archives laryngologie. Dec. 1887.*

B. veröffentlicht einen Fall einer Fistel des Duct. Stenonianus in Folge einer scrophulösen Ulceration des Gesichts.

Hierauf theilt er zwei Beobachtungen von Steinen des Duct. Whartonianus mit, welche durch den Catheterismus nicht erkannt worden waren.

Schliesslich berichtet er einen dritten Fall, den er seinem Vater verdankt. Es handelt sich um eine sublinguale Phlegmone nach einem Stein der Submaxillardrüse, der durch Ulceration ausgestossen wurde. E. J. MOURE.

28) **Grancher (Paris). Noma. (Du noma.)** *Journ. des conn. méd. 27. October 1887.*

G. bespricht bei der Vorstellung zweier Kranken die Geschichte dieser Affection. E. J. MOURE.

29) **Tillaux (Paris). Ueber die acute Ranula sublingualis. (De la grenouillette aigue sublinguale.)** *Paris méd. 11. Juni 1887.*

Ein Auszug aus der Dissertation von Bourée über diesen Gegenstand. E. J. MOURE.

30) **Reclus. Dermoidcyste des Mundbodens. (Kyste dermoide du plancher de la bouche.)** *Gaz. des hôp. 3. Sept. 1887.*

Ein Mann von 30 Jahren zeigte einen Tumor, der drei Jahre zurück datirt; das Schlucken war unmöglich. R. exstirpirte die Cyste durch einen Schnitt oberhalb des Zungenbeins. E. J. MOURE.

31) **Pitres (Bordeaux). Hypochondrische Vorstellungen, in der Zunge localisirt. (Préoccupations hypocondriques localisées sur la langue.)** *Arch. méd. 16. Oct. 1887.*

Nachdem Verneuil auf solche Fälle aufmerksam gemacht hat, theilt P. eine Beobachtung bei einer 52jährigen Dame mit, welche über Schmerzen in der Zunge klagte und Delirien hatte. E. J. MOURE.

32) **Boucomont. Gichtische Angina. (Angine arthritique.)** Un. méd. de la Seine Infer. *Journ. de la soc. de méd. de Rouen, 25. Jahrgang. 1887.*

Es ist dies die Analyse einer Arbeit, die bereits in No. 6 des Centralblatts für Laryngologie vom December 1887, S. 209, besprochen wurde. E. J. MOURE.

33) **Robin. Chronische, rheumatische Lumbago; Erysipel des Gesichts mit Herpesausschlag; acute Pericarditis; Angina herpetica.) (Lumbago chronique d'origine rheumatismale; Erysipèle de la face avec poussées herpétiques; péricardite aigue; angine herpétique.)** *Gaz. méd. de Paris. 29. Jan. 1887.*

Der Titel zeigt an, worum es sich handelt. E. J. MOURE.

34) **Patczek** (Oppeln). **Ein doppeltes Zäpfchen.** *D. Medicinalzeitung. No. 29. 1887.*

Wahrscheinlich angeborene Anomalie, die mit der Scheere entfernt wurde.

SCHECH.

35) **E. H. Griffin. Bruch des harten Gaumens bei einem Kinde. (Fracture of the hard palate in a child.)** *N. Y. Medical Record. 2. Juli 1887.*

Die Geschichte des Falles ist folgende: Das Kind fiel, während es mit einer Flöte spielte, hin und, da das scharfe Ende im Munde war, schnitt das Instrument den Gaumen durch. Die Mutter brachte das Kind zu einem Arzt, welcher ein Gargarisma verordnete. Dieses wurde drei Tage hindurch gebraucht, der Hals des Kindes besserte sich jedoch nicht. Wenn der Patient zu essen oder zu trinken versuchte, kam etwas Nahrung durch das Loch in den Nasenrachenraum und von da in die Nase. G. sah den Fall am vierten Tage und fand bei der Untersuchung, dass der untere Rand des harten Gaumens vollständg durchschnitten war; die Verletzung erstreckte sich abwärts und hatte den weichen Gaumen betheiligt. Die verletzte Partie des harten Gaumens hing, nur durch ein dünnes Stück Gewebe an dem weichen Gaumen gehalten, herab und ruhte auf der Zungenbasis. Der Lappen war geröthet und geschwollen. Der Fall wurde einem Zahnarzt überwiesen mit der Weisung, einen Obturator für den Mund des Kindes auf folgende Weise anzufertigen: Die Platte sollte behufs Drainage perforirt und ein Theil derselben sollte abwärts gegen den weichen Gaumen gerichtet werden, so dass der Lappen in seiner Position gehalten würde. Die Platte wurde im Munde durch Saiten gehalten, welche an dem Backzahn jederseits befestigt waren. Am folgenden Tage sass die Platte in der richtigen Lage und hielt den Lappen gut an seiner Stelle. Das Kind klagte über leichtes Fieber, wahrscheinlich daher rührend, dass die Wunde angefrischt war; dasselbe wurde durch kleine Dosen Chinin und Brandy beseitigt. Patient war im Stande, ohne Störung zu essen. Er stellte sich einen Tag um den andern vor und der Hals wurde, ohne Entfernung der Platte, mit einem Spray mit Dobell'scher Lösung gereinigt. Zwei Wochen nachdem die Platte applicirt war, entfernte G. sie und fand die Theile so vollständig verheilt, dass kein Zeichen der Verletzung gefunden werden konnte.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

36) **Monod** (Bordeaux). **Angeborene Verwachsung des Gaumensegels mit der hinteren Pharynxwand. (Adhérence congénitale du voile du palais à la partie postérieure du pharynx.)** Soc. de méd. de Bordeaux in *Journ. de méd. de Bord. 24. Juli 1887.*

Die Verwachsung ist keine absolut vollkommene. Wie der Autor bemerkt, liegt das Interesse dieses Falles in dem Fehlen hereditärer oder krankhafter Antecedentien. Hieraus darf man schliessen, dass die Verwachsung angeboren ist.

E. J. MOURE.

37) **Perron** (Bordeaux) **und Trélat** (Paris). **Staphylorrhaphie. (Staphylorraphie.)** *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux. No. 48. u. 52. 1887 und No. 3. 15. Jan. 1888.*

Es handelt sich um eine Reihe von Briefen, die zwischen diesen beiden Autoren gewechselt wurden. P. schlägt vor, nicht früher die Anfrischung der



Ränder zu machen, als bis die Fäden durchgeführt sind. T. empfiehlt im Gegentheil, zuerst anzufrischen, um sich nicht in den Fäden zu verfangen, was die Operation nur erschweren würde. Mit einiger Geschicklichkeit geht das Anlegen der Fäden schnell vor sich, und es wird noch erleichtert durch die verschiedenen Nadeln, welche der geschickte Pariser Chirurg zu diesem Zweck verwendet.

E. J. MOURE.

38) **J. Harvey Badcock** (London). **Behandlung der Gaumenspalte. (Cleft palate and its treatment.)** *British Journal of Dental Science. 1. Sept. 15. Oct. 1887.*

B. beschreibt in diesem Essay den Process selbst, sowie dessen Behandlung in sehr ausführlicher Weise. A. E. GARROD.

39) **A. Broca. Beitrag zum Studium der Entwickelung des Gesichts. Studie über die zusammengesetzte Hasenscharte und die Oberlippe. (Contribution à l'étude du développement de la face. Etude sur le bec de lièvre complexe et de la lèvre supérieure.)** *Annales de Gynécol. Aug. 1887.*

Der Titel zeigt an, worum es sich handelt. Der Gegenstand geht etwas über den Rahmen des Centralblatts hinaus. E. J. MOURE.

40) **Dudon** (Bordeaux). **Ueber einen technischen Punkt bei den Operationen am Gaumen. (Sur un point de technique des opérations pratiquées sur le palais.)** *Bullet. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris. No. 1. 1887.*

D. empfiehlt, die Lappen mit zwei unter das Gaumengewölbe und die abgelösten Weichtheile geführten Schlingen zu halten. Diese Schlingen erhalten die angefrischten Theile in Contact und verhüten die Narbenbildung, sowie die zu schnelle Schrumpfung der Lappen mit dem Gaumengewölbe. E. J. MOURE.

41) **Vincenzo Guerini. Obturator des Gaumensegels. (Otturatore del velo pendolo palatino.)** *Giorn. Internaz. di S. mediche. October 1887.*

Nach G. hat sein Obturator die Eigenschaft, biegsam zu sein, und zwar wird dies durch 4 Charniere erzielt, die der Länge nach angebracht sind. Er hat eine sehr einfache Construction, nimmt nicht viel Raum ein, übt keinen gefährlichen Druck aus und verursacht keine Unbequemlichkeit beim Schlucken.

F. CARDONE.

42) **Perrochaud** (Nantes). **Geschwür des Gaumensegels. (Ulcération du voile du palais.)** Soc. anatom. de Nantes, 22. Juni, in *Gaz. méd. de Nantes. 9. Juli 1887.*

P. stellt ein junges Mädchen von 28 Jahren vor, das ein Geschwür am Gaumensegel hatte. Die Natur des Geschwürs ist ihm unbekannt. Er schwankt zwischen Syphilis und Lupus. E. J. MOURE.

43) **Greville Macdonald** (London). **Parese des Gaumens. (The paretic palate.)** *Journal of Laryngology. August 1887.*

M. bemerkt, dass die Schwächung der Function der Muskeln des weichen Gaumens, soweit sie nicht ein Folgezustand der Diphtherie ist, kaum die Beachtung gefunden hat, welche sie verdient. Die Affection besteht in einer Schwächung der Levatoren mit stärkerer oder schwächerer Anaesthesie der vorderen Fläche

34) ... gewöhnlich in ... in diesen Fällen ...

35) ... hypertrophischen ...

... besonders ... der unteren ...

... Ausstülpungen ...

... Zuständen ... Schleimhaut und ... deren ... Ausdruck ... gleichzeitig ...

... zulässig.

36) ...

37) ...

Autor ...

trat während der Reconvalescenz nach einer Pneumonie plötzlicher Collaps auf mit ausgebreiteten Haemorrhagien im Gesicht, am Rumpfe und den Extremitäten. Die Uvula wurde durch Blutsuffusionen enorm gross, auch an dem Zahnfleische traten einige Suffusionen auf. Unter Verabreichung von Secale cornutum und kräftiger Ernährung erholte sich die Kranke völlig.

CHIARI.

17) H. v. Hoffmann. **Theraphie und Prophylaxe der Angina tonsillaris. (The treatment and prophylaxis of angina tonsillaris.)** *Philad. Med. News. 26. Nov. 1887.*

H.'s Behandlung der Tonsillitis follic. besteht in Anwendung eines Druckes auf die Tonsillen, und zwar von unten nach oben mittelst eines, in eine Mixtur von Tinct. jod. et glycer. aa. getauchten und in Kleinfingerdicke um die Spitze einer gewöhnlichen Zange gewickelten Wattebausches. Die Entfernung fremder Massen, d. h. des visciden Secrets, des Eiters und der Krankheitskeime aus den Tonsillarcysten und Follikeln, wo sie die Tendenz zu entzündlichen Processen haben. erregt, nach dieser Methode, anfangs etwas Schmerzen, aber die dadurch erzielte Besserung ist eine sehr grosse. Gurgelungen mit Kali chlor. und nächtliche Darreichung von mässig grossen Dosen Chinin unterstützen die Kur wesentlich.

Um die Tonsillen gegen Anfälle von Angina widerstandsfähig zu machen, müssen alle Recessus und Einsenkungen mittelst eines stumpfen Hakens eröffnet werden. Denn dadurch wird die bereits existirende Höhle oder Recessus in einen Schlitz oder Spalte verwandelt, welche bei jedem Schlingact sich öffnet und sich selbst entleert, so dass entzündliche Producte nicht haften können. Das Princip bei Ausführung dieser kleinen Operation behufs Prophylaxe der Tonsillitis geht von dem Grundsatze aus, dass weder in den Tonsillen, noch hinter denselben irgend eine Oeffnung existiren soll, welche nicht bis zu ihrer Basis erforscht, offen gelegt und in eine Spalte verwandelt ist, durch welche der stumpfe Haken ohne sich in eine Tasche zu verfangen, durchgehen kann.

Völlige oder partielle Tonsillotomie ist nur selten erforderlich.

LEFFERTS.

18) **Blache** (Paris). **Klinische Bemerkungen über die Hypertrophie der Gaumentonsillen und des adenoiden Gewebes des Nasenrachenraumes. (Aperçu clinique sur l'hypertrophie des amygdales palatines et du tissu adénoide du pharynx nasal.)** *Acad. de méd. Paris. 27. Dec. 1887.*

B. erinnert mit wenigen Worten an die Hauptcharactere dieser Affection.

E. J. MOURE.

19) **Pietro** Smurra (Neapel). **Folliculärer Cystentumor der Mandel. (Tumeur kystique folliculaire de l'amygdale.) (Tumore cistico follicolare delle tonsille.)** *Arch. Internaz. di Laring. etc. No. 1. u. 2. 1887.*

Nichts Neues.

F. CARDONE.

20) **R. B. Gorsuch** (Deptford). **Incision der Mandeln. (Incising the tonsils.)** *Lancet. 11. Juni 1887.*

G. empfiehlt, die Mandeln bei der Tonsillitis, falls es nothwendig ist, mit

einer stumpfspitzen Scheere, anstatt mit einem gedeckten Messer einzuschneiden. Es wird dadurch die Gefahr einer Verwundung einer Arterie vermieden, und ausserdem ist es leicht, die geschwollene Mandel mit der Scheere zu fassen.

A. E. GARROD.

51) **W. E. Green** (Sandown). **Bemerkungen über die Behandlung der Tonsillitis, besonders bei Kindern. (Remarks on the treatment of quinsy, especially in infants.)** *Brit. Med. Journal. 28. Mai 1887.*

G. empfiehlt folgende Medicin bei Erwachsenen, welche, wenn sie in den ersten 48 Stunden gegeben wird, in den meisten Fällen die Tonsillitis coupirt.

℞ Tinct. aconit. 6,0
Tinct. Guajac. 15,0
Glycerin. ad 30,0

20 Tropfen zuerst ein-, dann vierstündlich zu nehmen.

Er theilt den Fall eines Kindes mit, bei welchem die Darreichung von kleinen Mengen Guajac und Aconit mit Ammon. carbon. von dem besten Erfolg begleitet war.

A. E. GARROD.

52) **Rovira y Oliver** (Barcelona). **Amydalitis simplex und Natrium bicarbonicum. (La amigdalitis simple y el bicarbonato sódico.)** *Gaceta médica catalona. Tom. X. No. 22. Barcelona. 1887.*

Schon in den Jahren 1882, 1884 und 1886 hat Rovira verschiedene Arbeiten über denselben Gegenstand veröffentlicht und nun bestätigt er die darin vertretenen Ansichten mit drei neuen Fällen aus der Praxis des Dr. J. Roviralta (Gracia), in denen der Gebrauch des doppeltkohlensauren Natrons in Pulverform mittelst Einblasung, nach der von Prof. Giné eingeführten Methode einen günstigen Erfolg hatte. Die Entzündung zertheilte sich in allen drei Fällen in 4—6 Tagen.

GONGORA-SENTINON.

53) **Simonena** (San Bandilio de Llobregat). **Hypertrophia tonsillarum — Tonsillisectio duplex, ausgeführt von einem Arzt und der Diphtherie — Heilung. (Hipertrofia de los amigdalas — Amigdalotomia doble hecha entre un medico y la difteria — Curación.)** *Revista de ciencias médicas de Barcelona. Tom. XIV. No. 4. 1887.*

Der Fall betrifft ein 8½jähriges, schlankes, bleiches Mädchen, durch dessen feine Haut die Blutadern als blaue Linien durchschimmern, und dessen ganze Muskulatur schlaff ist. Die Untersuchung constatirt Mandelanschwellung mit Dysoxyhämie; Hypertrophie der Nasenschleimhaut und Schwerhörigkeit als Folgeerscheinungen. Die als einziges Mittel zur Hebung der ungenügenden Athmung vorgeschlagene Mandelexstirpation wird, wie in solchen Fällen wohl zu geschehen pflegt, von den Eltern anfangs verweigert, nachher aber nothgedrungen zugegeben und Anfang April 1887 rechterseits ausgeführt. Nachdem die Wunde schon verheilt war, tritt am 1. Mai auf der zurückgebliebenen linken Mandel eine diphtheritische Plaque ein, welche dieselbe zerfrisst und zerstört und so auf eine allerdings nicht ganz gefahrlose Weise die vom Chirurgen angefangene Operation zu Ende führt. Von da an erholt sich das Mädchen zusehends, die Athemnoth

Dysoxyhämie (soll wohl Blutgaswechselhemmung bedeuten — S.) hören auf, die Nasenschleimhautanschwellung nimmt bedeutend ab und das Kind gelangt zu einem vollkommenen Gesundheitszustand. Gelegentlich dieses interessanten Falles, der übrigens in der Praxis durchaus nicht allein dasteht, macht Verf. einige ganz zutreffende Bemerkungen über die Schädlichkeiten, die für die Kinder aus der Mandelanschwellung entstehen können, indem dieselben durch die damit verbundene unausgiebige Athmung die allgemeine Entwicklung und speciell die des Respirationsapparates hemmt und damit besonders allen Ernährungsstörungen der Lunge Vorschub bietet. Die Hypertrophie der Mandeln ist überdies ein prädisponirendes Moment für die Diphtheritis, wie obiger Fall bestätigt. Alle diese Schädlichkeiten können durch die rechtzeitige Mandelausschneidung vermieden werden, eine Operation, die an und für sich nicht schwierig ist und deren Ausführung noch durch die Amygdalotome und die galvanokaustischen Verfahren erleichtert wird.

GONGORA-SENTINON.

54) **J. N. Hall. Tödtliche Tonsillarblutung. (Fatal Tonsillar Hemorrhage.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 22. Dec. 1887.*

Patient hatte vor 2 Wochen eine croupöse Angina und zwei- oder dreimal grosse Mengen Blut ausgeworfen. Als H. ihn sah, war die linke Mandel etwas geschwollen, jedoch nicht schmerzhaft; seit einigen Tagen war keine Blutung eingetreten. Er erhielt Tinct. ferri perchlorid und Fluid-Extract von Ergotin; zwei Tage später kam er wieder, da er drei schwere Blutungen gehabt hatte, in Folge deren er sehr geschwächt und anämisch geworden war. Es ergab sich, dass das Blut aus einer Höhle kam, welche die Eiterentleerung in der rechten Mandel zurückgelassen hatte. Die linke Mandel war stark geschwollen, und mit einer Explorationsnadel entleerte man etwas Eiter. Zwei Tage darauf wurde eine in Zersetzung begriffene Masse von der Grösse eines Hühnereies ausgeworfen, wonach die Schwellung verschwand. Zwölf Tage später hatte Patient wieder eine Blutung und starb in wenigen Minuten. Es wurde keine Obduction gemacht, aber in Anbetracht der grossen Menge Blutes, die verloren wurde, nahm man an, dass die Carotis interna durch den Ulcerationsprocess eröffnet worden war.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

55) **P. Postempski (Rom). Ligatur der Carotis communis sinistra wegen Ulceration der Carotis interna in Folge einer Tonsillenphlegmone. (Allacciatura della carotide commune di sinistra per ulcerazione della carotide interna in seguita a flemmone tonsillare.)** *Gazz. Med. di Roma. 15. Febr. 1887.*

Der Titel besagt Alles.

F. CARDONE.

56) **Nauwerk. Studie über die Schleimhaut des Rachens.** Inauguraldissertation. Halle. 1887.

Dem Referenten unzugänglich.

SCHECH.

57) **Bimoc et Lapeyre. Untersuchungen über die Venen des Pharynx. (Reserches sur les veines du pharynx.)** *Académie des scienc. Paris. 31. Oct. 1887.*

B. und L. beschreiben einen echten, submucösen Venenplexus, welcher die untere Partie der Pharynxwand einnimmt. Dieser Plexus findet sich constant bei

... Ihre ... mässigen Con- ... gebraucht liegen und oft

E. J. MOURE.

... Un cas de syphilis

... verstorbenen Patienten.

E. J. MOURE.

... Tuberculose

... erschienenen

E. J. MOURE.

... XII S. 205.

... erysipel, wie auch ... solchen Fällen ... ist häufig die ... Verletzungen am ... Wege, die Lücken ... Eingang findet. ... z. B. auf die ... etc. ist festge- ... Erysipele. Die ... nach aussen ... gefunden wer- ... nur Verwundete ... an Erysipel ge-

SCHECH.

... zur Entstehung der Vari- ... pendant dans la vari-

... Kind, welches, ... Halsschmerzen ... waren. Der ... waren gesund. Die

E. J. MOURE.

... über das Jahr 1886. *Jahr-*

... Oesterreich-Ungarn. ... auf die in den-

SEIFERT.

63) **Weber. Bericht über 200 Fälle von Diphtherie.** Dissertation. Berlin. 1887.
Dem Referenten nicht zugänglich. SCHECH.

64) **Thoinot. Bemerkung über die Aetiologie der Diphtherie. (Note sur l'étiologie de la diphthérie.)** *Revue d'hygiène. 20. Aug. 1887.*
Unmöglich zu erhalten. E. J. MOURE.

65) **Werner. Eine eigenthümliche Erscheinung bei Rachendiphtherie.** *Württemberger Correspondenzblatt No. 7. 1887.*

12—18 Stunden vor dem Tode eines an Diphtherie und diffusem Eczema faciei erkrankten 8monatlichen Kindes bemerkte man auf der Unterlippe desselben in diffuser Verbreitung einzelne der Haut aufsitzende schwarze Punkte, welche sich kurz nachdem sie abgewischt waren. immer wieder einfanden. Auch auf den Händen der das Kind pflegenden Mutter erschienen dieselben Flecke. Erst Auskratzen mit dem Messer half. W. glaubt, dass es sich hier um eine bisher unbekannte Mykose handelt. SCHECH.

66) **Dumolard. Diagnostische Schwierigkeit bei einem Fall von Diphtherie. Heilung. (Difficulté de diagnostic dans un cas de diphthérie. Guérison.)** *Journ. des soc. de méd. et pharmac. de l'Isère. Grenoble 1886—1887.*
Nichts Neues. E. J. MOURE.

67) **Filatow. Scharlach-Diphtherie.** *Archiv für Kinderheilkunde. Bd. IX. H. 1. 1887.*
Dem Referenten unzugänglich. SCHECH.

68) **Farday. Fall von Kehlkopfdiphtherie mit starkem subcutanem Emphysem.** *Archiv für Kinderheilkunde. Bd. VIII. H. 6. 1887.*
Dem Referenten nicht zugänglich. SCHECH.

69) **Delaet. Angina diphtheritica mit Lähmung der Extremitäten und Cavernenbildung in der Lunge. (Angine diphtéritique suivie de Paralysie des membres et de caverne dans le poumon.)** *Archives Médicales Belges. Févr. 1887.*

Was die Caverne betrifft, so scheint es sich um einen Lungenabscess nach Pneumonie gehandelt zu haben. Das Uebrige besagt der Titel. BAYER.

70) **F. Evetzki. Ophthalmoplegia externa nach Rachendiphtherie. (Ophthalmoplegia posle diphtherita se wa.)** *Med. obosr. No. 9. 1887.*

Bei einem 8 Jahre alten Mädchen fand Ev. eine vollkommene Lähmung der Musc. levat. palp. sup. und der Recti ext. und inter. und eine Parese der Musc. rect. sup. et inf. beiderseits. Die Papillen reagirten normal. Ausserdem hatte Patient eine Paralyse des weichen Gaumens. Irgend welche anderen Lähmungserscheinungen waren nicht vorhanden. Das Kind hatte vor 2 Wochen 2 Tage lang am Halse gelitten, ist aber nicht behandelt worden. Die Lähmungen hatten sich in 4 Tagen entwickelt. Nach dem Gebrauche kleiner Dosen von Kali jodatum schwanden alle Lähmungserscheinungen im Verlaufe eines Monats. Verf. glaubt, die Halskrankheit sei Diphtheritis gewesen und die Lähmungen nur Folgen derselben. LUNIN.

71) **Vilató** (Barcelona). **Dysphonie, Lähmung der rechten Hälfte des Gaumensegels und der Zunge nebst allgemeiner Parese der willkürlichen Muskeln in Folge von Diphtherie. — Behandlung mit hypnotischer Suggestion. — Heilung in sieben Sitzungen. (Disfonia, parálisis de la mitad derecha del velo del paladar y de la lengua, y paresia general de los músculos voluntarios consecutivas á la difteria. — Tratamiento par la sugestión hipnótica. — Curación en siete desiones.)** *Gaceta médica catalana. Tom. XI. No. 5. Barcelona. 1887.*

Die Ueberschrift unterrichtet ausreichend über den Gegenstand dieser Mittheilung, der als eine der merkwürdigsten unter den vielen Thatsachen betrachtet werden kann, die hinsichtlich der therapeutischen Wirkung des Hypnotismus bekannt geworden sind. Der Heileffect der hypnotischen Suggestion ist kaum zu bezweifeln in Anbetracht, dass die Kranke, nachdem sie einen Monat lang die Lähmungserscheinungen dargeboten, schon von der ersten Sitzung an eine merkliche Aenderung verspürt und im Verlaufe von 10 Tagen, nach 7 hypnotischen Sitzungen, alle Bewegungen vollständig wieder erlangt hat.

GONGORA-SENTINON.

72) **Kiönig** (Christiania). **Diphtheritis im Gefängniss. (Difterit i Bodsfaengslet.)** *Tidsskrift for pract. medicin. S. 243. 1887.*

Ohne dass früher Diphtheritis in dem Gefängniss aufgetreten war und ohne dass es möglich war, die Entstehungsweise aufzufinden, wurde am 20. Dec. ein 20jähriger Gefangener von einer sehr ernsthaften Diphtheritis ergriffen. In der dritten Woche nachdem der Kranke sich von den acuten Schlundsymptomen zu erholen angefangen hatte, begannen allgemeine paretische Symptome sich zu entwickeln. Zuerst wurde nur die Musculatur des Gaumens und Oesophagus afficirt; am 26. Januar trat Accomodationsparese der Augen ein. Der Patellarreflex war beinahe verschwunden. Die Musculatur der Oberextremitäten und des Nackens wurde gelähmt. Der Larynx war nicht angegriffen. Patient konnte nicht gehen, und es zeigten sich atactische Bewegungen. Starke Abmagerung erfolgte und der Zustand war sehr kritisch. Keine Wirkung von Chinin, Eisen, lauwarmes Bad, Faradisation. Erst nachdem der Verf. am 5. April mit subcutanen Strychnininjectionen, 0,005 pro die, angefangen hatte, trat eine Besserung ein. Am 27. April konnte Patient allein gehen, aber erst im September, also 9 Monate nach dem Beginn der Krankheit, konnte er als vollständig genesen angesehen werden.

SCHMIEGELOW.

73) **O. Johannsen** (Libau). **Ein Prophylacticum gegen Diphtheritis.** *Pet. med. Wochenschr. No. 37. 1887.*

Das Prophylacticum besteht in allabendlicher Reinigung der Mund- und Nasenhöhle mit Kali hypermang. Lösung.

LUNIN.

74) **Guelpa. Beitrag zur Behandlung der Diphtherie. (Contribution au traitement de la diphtherie.)** *Bullet. géneral de thérapeut. 1., 15. u. 30. Oct. 1887.*

G. wendet Injectionen mit Liqu. ferr. sesquichl. und häufige Waschungen der erkrankten Theile an. Er verwirft die Aetzungen als schädlich, empfiehlt jedoch, die Kranken auf Milchdiät zu setzen und die eintretenden Complicationen

zu behandeln. Besonderen Nachdruck legt er aber auf seine Injectionen, welche die Ausbreitung der Krankheit verhüten würden. E. J. MOURE.

75) **Massei** (Neapel). **Sublimat gegen Diphtherie.** *D. Medizinalzeitung. No. 17. 1887.*

M. theilt mit, dass er als der erste bereits 1875 Sublimat gegen Diphtherie mit Erfolg angewendet und empfohlen habe, worauf Jacobi, Dagio und Andere es gleichfalls angewandt. SCHECH.

76) **Rothe** (Altenburg). **Sublimat gegen Diphtherie.** *D. Medizinalzeitung. No. 17. 1887.*

R. empfahl schon 1884 in seiner Monographie den Sublimat; auch Schulz und Kaulich schrieben darüber. R. wendet mit Vorliebe das Hydr. bicyanatum und Hydr. bijodatum an, besonders in Verbindung mit Jodkali innerlich. (Hydr. bijod. 0,01—0,02, Kali jod. 1,0, Kali chloric. 2,00, Aq. dest. 100,0, Tinct. aconiti 2,0, Glycerin 20,0. Stündlich 3 Kaffeelöffel.) R. rühmt den guten Erfolg. SCHECH.

77) **Welcker** (Sprendlingen). **Sublimat in der Diphtheritis-Therapie.** *D. Medizinalzeitung. No. 6. 1887.*

W. will äusserst günstige Resultate von der Gurgelung oder Ausspritzung von 1 : 1000 Sublimat gesehen haben und empfiehlt das Mittel, das, wie W. irrthümlich glaubt, früher noch nicht empfohlen wurde. SCHECH.

78) **Korbsch** (Krappitz). **Sublimat als Heilmittel gegen Diphtherie.** *D. Medizinalzeitung. No. 17. 1887.*

Die inneren Auflagerungen sollen bei Sublimatbehandlung (0,25 : 1000) prompt weichen, bei dickeren Membranen wirkungslos sein. Bei den letzteren will K. vom Hydrarg. cyanat. (0,1 : 100,0 Aq. menthae) innerlich einigen Erfolg gesehen haben. SCHECH.

79) **Klein. Sublimat gegen Diphtherie.** *D. Medizinalzeitung. No. 17. 1887.*

K. hat durchaus nicht die frappirenden Resultate gesehen wie Welcker; Sublimat leistet nicht mehr wie die anderen Mittel. SCHECH.

80) **Roese** (Hamburg). **Terpenthinöl bei Diphtherie.** *Therap. Monatshefte. No. 10. 1887.*

Theelöffelweise Verabreichung (dreimal täglich) des Ol. terebinth. mit 1 Spiritus aethereus zu je 15,0 Ol. tereb. als Corrigens. Daneben 2stündl. 1 Esslöffel einer 2procent. Natron salicyl.-Lösung. Eisblase und Gurgelungen. Ausserdem bekommen die Patienten Wein, Milch etc. Die günstigen Resultate — von 58 Kranken starben 3 — dürften wohl kaum, wie R. annimmt, auf Rechnung des Terpenthinöls, sondern vielmehr auf Rechnung der andern Factoren zu setzen sein. SCHECH.

81) **Bergeron. Fluorwasserstoffsäure als Antisepticum gegen Diphtherie. (De l'acide fluorhydrique et son emploi comme antiseptique dans la diphthérie.)** *Journ. de méd. de Paris. 30. Oct. 1887.*

B. wendet die Säure in statu nascenti an, und in 48 Stunden genesen die Kranken! E. J. MOURE.

82) W. G. Wagner (Indiana, U. St. A.). **Directe Sauerstoffzuführung beim Croup als Ersatz für die Tracheotomie. (Direct oxygenation in croup as a substitute for tracheotomy.)** *Brit. Med. Journ. 16. April 1887.*

W. rühmt sehr die Resultate der Zuführung eines Stroms von Sauerstoff unter eine über das Gesicht des Kindes gelegte konische Maske. A. E. GARROD.

83) Le Gendre (Paris). **Antiseptische Behandlung der Diphtherie. (Traitement antiseptique de la diphtherie.)** *Arch. de laryng. No. 1. Oct. 1887.*

Der Autor studirt die verschiedenen, gegen dieses schreckliche Leiden angewandten Mittel. Nach sehr vielen Versuchen empfiehlt er Pinselungen mit einer 1proc. Lösung von Sublimat in Alkohol und Besprühungen mit einer 4proc. Borlösung.

Innerlich giebt er Natr. benz. zu 3—12 Grm., Bordeauxwein, Champagner und Kaffee; dagegen verwirft er die Caustica. Er erkennt jedoch an, dass bei dem mit Intoxication verbundenen Croup die besten Mittel versagen, und dass die Tracheotomie allein einige Aussicht auf Erfolg bietet. E. J. MOURE.

84) Woronichin. **Beobachtungen über Therapie der Diphtherie nach der Methode Dr. Wiss' und Vergleich verschiedener Behandlungsmethoden, welche im Elisabeth-Kinderspitale von 1867—1886 in Anwendung gebracht wurden.** *Jahrbuch f. Kinderheilkunde. XXVII. Bd. 1. u. 2. Heft. Oct. 1887.*

Die Methode von Wiss (Darreichung von Mixtur von Chinin. mur. 0,4 bis 0,6, Aq. dest. 90,0, Ac. mur. gutt. 3, Ammon. mur. 6,0, Syr. cort. aur. 90,0 2stündlich 1 Kinderlöffel voll) wurde von W. in 38 Fällen versucht, bei reiner auf den Rachen beschränkter Diphtherie genasen alle 25 Patienten, von den 11 mit Kehlkopfdiphtherie behafteten starben 7, die mit Diphtheria gangränosa starben alle. Bei Behandlung der Diphtherie mit dem innerlichen Gebrauche des Thymols nach der Methode des Dr. Ritz ergab sich eine allgemeine Mortalität von 54,5 pCt., die Behandlung der Diphtherie mit dem inneren Gebrauche von Liq. ferri sesquichl. ergab eine Mortalität von 51,1 pCt.; bei innerlicher Anwendung des Kali chloricum waren es 62,5 pCt.; bei innerem Gebrauche von Chinin 47 pCt ; bei innerlichem Gebrauche von Acid. muriat. 21,4 pCt.; bei innerlichem Gebrauche von Aqua chlori. 33,3 pCt.; bei innerlichem Gebrauche von Dec. cort. Chinae 45,4 pCt.; bei innerlichem Gebrauche von Natr. benzoic. und Natr. salicyl. 46,1 pCt.; bei dem inneren Gebrauche des Chloralhydrat, Chinin. ferro-citric. und Ol. terebinth. sind die Zahlen zu gering, als dass man einen Schluss ziehen konnte. Bei gemischter Behandlung — wo keine strenge Durchführung irgend einer Methode stattfand, ergaben sich 59,5 pCt. Mortalität. Bei Ausspülung des Rachens mit 5—10proc. Kochsalzlösung und Einstäubung oder Aufpinselung von Calomel ergab sich eine Mortalität von 47,3 pCt. Auch wurden Versuche mit Einblasen von Zinc. oxyd., Naphthalin, Pulv. Camphorae, Jodoform mit wechselndem Erfolge gemacht, ebenso bei Einpinselungen mit Tereben', Resorcin, Sublimatlösung. Das Resultat der mühsamen Arbeit, womit auch die Erfahrungen aller objectiven Beobachter übereinstimmen, ist, dass bei einfacher Pharynxdiphtherie, d. h. wenn der Kehlkopf nicht afficirt ist und keine Gangrän auftritt,



jede Behandlung gut ist und dass namentlich die phlegmonöse gangränöse Form bei jeder Behandlung gefährlich ist. SCHECH.

85) **Lubet-Barbon. Bougirung des Larynx beim Croup. (Tubage du larynx dans le croup.)** *Arch. Roumaines de Med. et de chir. Dec. 1887.*

L. giebt die Geschichte dieser Frage und bespricht auch das, was in letzter Zeit hierüber gesagt wurde, indem er auf den Operationsmodus und die Nachbehandlung hinweist. E. J. MOURE.

86) **Dubrueil. Tubage des Larynx. (Tubage du larynx.)** *Gaz. hebdom. de Montpellier. 20. April 1887.*

D. giebt einen historischen Bericht über den Stand der Frage.

E. J. MOURE.

87) **Muller** und **Scheffer. Tracheotomie bei Kindern. — Exstirpation eines Kropfs. (Trachéotomie chez l'enfants. — Estirpation de goitre.)** Soc. de méd. de Strasbourg, 6. Oct. 1887, in *Gaz. méd. de Strasbourg. 1. Oct. 1887.*

1. M. stellt zwei tracheotomirte Kinder vor, von denen das eine 9, das andere 10 Monate alt war. Beide waren wegen nicht diphtheritischen Croups operirt worden. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf die Jugend der Patienten.

2. Sch. zeigte einen Kropf, der bei einem 59jährigen Manne exstirpirt worden war. Der Tumor wog 750 Grm. E. J. MOURE.

d. Kehlkopf und Luftröhre.

88) **Lannegrâce** (Montpellier). **Diagnose der Syphilis und Tuberculose des Larynx. (Diagnostic de la syphilis et de la tuberculose du larynx.)** *Montpellier méd. 16. Juli 1887. Soc. de méd. de Montp. 14. Juni 1887.*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

89) **Schwartz** (Paris). **Therapeutische Indicationen beim Larynxkrebs. (Des indications thérapeutiques du cancer laryngé.)** *Rev. géner. de Clin. et de thérap. 1. Oct. 1887.*

Sch. stellt die bekannten Indicationen und ist Anhänger der totalen oder partiellen Exstirpationen des Larynx, sobald das Leiden operirbar ist.

E. J. MOURE.

90) **Ruault. Untersuchung des Larynx und der Nase eines Leprösen. (Examen du larynx et du nez d'un lépreux.)** *Arch. de Laryng. et rhin. Dec. 1887.*

Die Affection reicht acht Jahre zurück. Der Patient, 36 Jahre alt, ist mit typischen Tuberkeln bedeckt. Die Nase ist gelblich und eingesunken, die knorpelige Scheidewand perforirt, die unteren Nasenmuscheln auf einen kleinen Wulst, wie bei der atrophischen Coryza reducirt. Die mittleren ähneln zwei röthlichen Tuberkeln; der Geruch ist geschwunden.

Das Zahnfleisch und das Gaumengewölbe sind ulcerirt; ebenso die Zunge an ihrem rechten Rand.

Die Epiglottis ist verdickt und erodirt am freien Rand; die Falten und



Taschenbänder fast gesund. Die Stimmbänder sind gelblich, gerunzelt und an ihren Rändern gezähnt. Die Stimme ist rauh und nasal. Die Larynxmuskeln functioniren nicht gut.

E. J. MOURE.

91) **Franklin H. Hooper. Einwirkung der verschiedenen Reizfrequenz auf die Function der Recurrensnerven. (Effects of varying rates of stimulation on the action of the recurrent larygeal nerves.)** *N. Y. Med. Journal. 26. Nov. 1887.*

H. fand, dass, wenn bei nicht oder schwach narcotisirten Hunden die Nerven mit dem schwächsten electrischen Strom gereizt wurden, der erste wahrnehmbare Effect eine Schwingung der Stimmbänder war, auf welche unmittelbar ein Glottisschluss folgte, wenn die Stromstärke zunahm.

Diese Schlüsse wurden von Donaldson bestritten, welcher behauptete, dass schwache Ströme, auf die Nervi recurrentes angewandt, eine Glottisöffnung bewirkten.

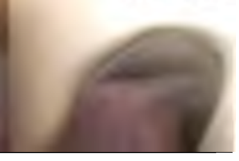
Gewisse (noch nicht abgeschlossene) Versuche haben H. zu der Annahme geführt, dass, wenn andere Beobachter mit schwachen Strömen eine Glottisöffnung erhalten habe, dies darin seinen Grund habe, dass sie eine zu geringe Anzahl von Unterbrechungen angewandt haben. Mit anderen Worten: Die Reizfrequenz giebt einen wichtigen Factor für die Resultate ab, die man bei Reizung der Recurrensnerven erhält.

1. Geringe Reizfrequenz (18—28 in einer Secunde) mit schwachen Strömen bewirkt Oeffnung der Glottis; Zunahme der Frequenz (30—40 in einer Secunde), bei gleicher Intensität Glottisschluss.
2. Starke Ströme mit geringer Frequenz bewirken Schliessung.
3. Grosse Frequenz erzeugt mit schwachen oder starken Strömen Schliessung.

LEFFERTS.

92) **Ottomar Rosenbach (Breslau). Ueber nervösen Husten und seine Behandlung.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 43. S. 208 u. No. 44. S. 826. 1887.*

Unter nervösem Husten versteht R. diejenigen Fälle, bei denen die Localuntersuchung der Nase, des Pharynx, Larynx und der Lungen keine Gewebsstörung und keine abnorme Schleimsecretion als die ursächliche Quelle des Hustens nachweist. R. unterscheidet zwei Formen: 1. Stark explosiven, stossweise auftretenden Husten, und 2. kurze, trockene, räuspernde Bewegungen. Erstere findet sich bisweilen bei jüngeren Individuen, die zweite bei Erwachsenen. Die Anfälle fehlen im Schlaf, und bei Ablenkung der Aufmerksamkeit. Der Act des Hustens erfolgt bei einer ganz speciellen Fixation des Thorax mit dem oberen Theil der Bauchmuskeln ohne vollkommenen Glottisschluss. Bei heftigen Anfällen findet sich Erbrechen und leichte Röthung der Schleimhaut der Trachea oder zwischen den Aryknorpeln. Als Folgezustände finden sich leichte catarrhalische Schwellung und Schleimbelag der Larynxschleimhaut und Atelectase der Lungen, vorwiegend rechts. (Abgeschwächtes Athmen und Rasseln, die nach tiefen Inspirationen verschwinden, ohne Dämpfung.) Das Leiden entsteht im Anschluss an einen acuten Larynx-, Pharynx- oder Trachealcatarrh durch gesteigerte Perceptionsfähigkeit und verminderte Hemmungsfähigkeit von Seiten des Willens und nicht bloss durch erhöhte Reizbarkeit der peripheren End- oder Reflexorgane. Behandlung: psy-



chisch. Jüngeren Individuen macht man Schmerzen (electrischer Pinsel) oder droht mit Ueberführung in eine Anstalt. Aeltere werden angelernt, recht tief Athem zu holen und den Athem anzuhalten. Solche mit Energie fortgesetzte Lungengymnastik erreicht das Ziel. B. FRAENKEL.

93) **Marcuse. Ueber Keuchhusten.** Dissertation. Berlin. 1887.

Dem Referenten nicht zugänglich. SCHECH.

94) **Windelband. Antipyrin als Ersatz für Chinin beim Keuchhusten.** *Allgem. medicin. Centralzeitung. No. 1 1887.*

W. giebt das Antifebrin innerlich mit Wein (Antipyrini 1,0, Vin. Tokay, Aq. destill. aa 25,0, Syr. flor. aurant. 50,0. 2stündlich 1 Esslöffel). Die Anfälle wurden wesentlich abgekürzt. SCHECH.

95) **Weintraub. Zur Keuchhustenbehandlung.** *Allgem. medic. Centralzeitung. 91. Stück. 1887.*

Empfehlung der innerlichen Anwendung des Cocaïn 0,1, Aq. amygd. 10,0, mehrmals 10—15 Tropfen täglich gegen Keuchhusten. SCHECH.

96) **P. Chéron. Neue Behandlung des Keuchhustens. (Nouveau traitement de la coqueluche.)** *Union méd. 18. u. 20. Oct. 1887.*

Ch. mustert die bisher angewandten Heilmittel und theilt sie in folgende Klassen ein: 1. Antiparasitäre (Carbol- und Salicylsäure); 2. solche, die auf die Nasenschleimhaut wirken; 3. solche, welche die Schleimhaut modificiren (Oxymel scillae etc.), Kal. carbon.; comprimirte Luft; 4. Anaesthetica (Cocaïn, Belladonna etc.). Keines dieser Mittel hilft in allen Fällen. E. J. MOURE.

97) **J. Roche Lynch** (London). **Benzol bei Keuchhusten. (Benzol in whooping cough.)** *Brit. Med. Journ. 29. Oct. 1887.*

L. bestätigt Lowe's Bemerkungen (Brit. Med. Journ., 15. Oct. 1887) über den Nutzen des Benzols bei Keuchhusten. Er hat über 100 Fälle mit diesem Mittel behandelt. A. E. GARROD.

98) **Giuseppe Somma** (Neapel). **Die letzten Fortschritte der Therapie des Keuchhustens. (Ultimi progressi nella terapia della pertosse.)** *Progresso Medico. Januar 1887.*

S. bespricht alle Heilmittel, welche bis jetzt zur Behandlung des Keuchhustens angewendet wurden, und giebt der Carbolsäure, dem Cocaïn und der Belladonna den Vorzug. F. CARDONE.

99) **J. Harrison. Keuchhusten, seine Behandlung und sichere Heilung. (Whooping cough, its treatment and prompt cure.)** *Columbus Med. Journal. August 1887.*

Die Basis der von H. empfohlenen Behandlung ist: Mercurielle Purgantia, häufige Emetica, stimulirende Expectorantia, Antispasmodica (besonders Stramonium) und bisweilen Chinin werden die Krankheit schnell coupiren.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

100) **De Hieronymis** (Neapel). **Keuchhusten-Epidemie. (Epidemia di pertosse.)** *Rivista Clinica etc. August 1887.*

Die Arbeit umfasst Beobachtungen, betreffend den Verlauf, die Sterblichkeit, die Symptomatologie und die Therapie dieser Krankheit. Verf. meint, dass der Keuchhusten oft Kinder von 10—12 Jahren, selbst Erwachsene befallen kann. Die von ihm beobachtete Sterblichkeit war gross (42 pCt.), bedingt, nach Ansicht des Autors, durch das Elend und die mangelhafte Sorgfalt in den Familien. Er spricht ferner über Urinuntersuchungen, sublinguale Geschwüre, und verspricht am Schluss seiner Arbeit, sofort seine bacteriologischen Untersuchungen über die Natur des pathologischen Processes zu veröffentlichen. F. CARDONE.

101) **A. Netter. Behandlung des Keuchhustens mit Oxymel scill., genau nach der Pharmacopoe zusammengesetzt, und zwar alle 10 Minuten einen Theelöffel voll innerhalb einer Stunde. (Traitement de la coqueluche par l'oxymel scillitique composé exactement selon le Codex et administré tel que, par cuillerée à café, de dix en dix minutes dans l'espace d'une heure par le Dr. A. Netter, bibliothécaire universitaire à Nancy.)** *Rev. méd. de l'Est. No. 21. 1. Sept. 1887.*

Der Titel zeigt an, worum es sich handelt. E. J. MOURE.

102) **Schilling. Zweijährige Dauer hysterischer Stummheit.** *D. Medizinalzeitung. No. 8. 1887.*

Ausbruch der Krankheit nach kalter Gewitterluft und starker Durchnässung. Heilung durch Faradisation und Brompräparate. SCHECH.

103) **A. dello Strologo** (Livorno). **Hysterische Stummheit; Heilung durch Hypnotismus. (Un caso di mutismo isterico guarito coll ipnotismo.)** *Morgagni. 31. Oct. 1887.*

Der Titel besagt Alles. Es handelt sich um ein junges Mädchen von 20 Jahren, welches in Folge eines Schreckens stumm wurde. F. CARDONE.

104) **Bouchaud** (Lille). **Geisteskrankheit und hysterische Stummheit. (Aliénation mentale et mutisme hystérique.)** *Journ. des sc. méd. de Lille, 14. u. 21. Oct. und 18. Sept. 1887 und Ann. de méd. psychol. No. 2, 2. Juli 1887.*

Es handelte sich um einen Mann, welcher an Lypemanie mit Ohr- und Gesichtshallucinationen und an Stummheit litt. Letzteres Symptom wurde anfänglich auf ein Hirnleiden bezogen. B. erlangte jedoch alsbald die Gewissheit, dass es sich hierbei um Hysterie handele. Die Stummheit war allmälig entstanden. Verf. betont die Schwierigkeit der Diagnose in Fällen dieser Art. E. J. MOURE.

105) **Fr. Müller. Ueber Paralysis agitans mit Betheiligung der Kehlkopfmuskulatur.** *Charité-Annalen. Bd. XII. S. 267. 1887.*

Zitternde, durch tonlose Intervalle unterbrochene Stimme bei einem 72jährigen Kranken; beim Zurückgehen der Stimmbänder aus der Phonations- in die Respirationsstellung 2—3 zuckende, unvollständige Adductionsbewegungen; bei Aufregung oder nach längerem Sprechen auch während der Respiration Zuckungen im Larynx. Aehnliche Zitterbewegungen wie bei Paralysis agitans finden sich

bei Sclerosis multiplex, Chorea, Hysterie, Lues spinalis, Bulbärparalyse, doch sind die Stimmstörungen anderer Art. SCHECH.

106) **X. Larynxschwindel. (Sur le vertige laryngien.)** *La méd. contemporaine. 1. Sept. 1887.*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

107) **Landgraf. Ein Fall von Aphonia spastica.** *Charité-Annalen. Bd. XII. S. 234. 1887.*

Eine schwächliche, später tuberculöse Frau bekam nach Pneumonie die bekannten Erscheinungen der Aphonia spastica. Auffallend war dabei das Herabtreten des Zwerchfells bis zum oberen Rand der VII. Rippe während der intendirten Phonation, woraus L. schliesst, dass an dem Krampfe der Glottismuskeln auch das Zwerchfell betheiligt war; ferner meint L., der Krampf trete nicht ausnahmslos ohne respiratorische Störungen auf, wie auch die Fälle von Michael und Krause bewiesen. Die Aphonia spastica ist von sehr verschiedener Aetiologie. Die Hauptrolle spielen Hysterie, übermässiger Gebrauch der Stimme und degenerative Processe, wie z. B. multiple Sclerose des Gehirns. Für die Behandlung ergaben sich aus dem mitgetheilten Falle keine neuen Gesichtspunkte. Patientin blieb ungeheilt. SCHECH.

108) **F. P. Kumicutt. Beverley Robinson. A. H. Smith. Chorea des Larynx. (Laryngeal chorea.)** *N. Y. Med. Record. 3. Dec. 1887.*

K. berichtet zwei Fälle von sogen. typischer Chorea des Larynx, welche die Kliniker jetzt geneigt sind, als Fälle von krampfhaftem Tic anzusehen, verbunden mit typischer allgemeiner Chorea. Die von den Patienten ausgestossenen Töne hatten keinen explosiven Charakter (dem Husten ähnlich), wie er bei dem Krampf der Exspirationsmuskeln entsteht, sondern waren theilweise articulirt und stossweise hervorgebracht.

In beiden Fällen waren wiederholte Versuche zur laryngoscopischen Untersuchung vergeblich, besonders wegen der allgemeinen Choreabewegungen.

Robinson erklärt: Was die Chorea des Larynx betrifft, so war es ausserordentlich schwer, eine derartige Untersuchung zu machen, dass man im Stande wäre, den Zustand des Larynx zu beurtheilen.

Dr. A. H. Smith berichtet einen Fall von Chorea des Larynx bei einem Geistlichen. Die Affection war bei gewöhnlicher Unterhaltung nicht zu bemerken. Wenn die Stimme jedoch den beruflichen Charakter annahm, dann trat alle fünf Minuten ein Krampf ein, welcher die Sprache ganz unterbrach. Besonders war die Unterbrechung bei Worten mit dem Vocal o bemerklich. LEFFERTS.

109) **Dugardin. Mittheilung über einen Fall von Compression der Recurrentes durch eine organische Strictur des Oesophagus. (Note sur un cas de compression des récurrents par un rétrécissement organique de l'oesophage.)** *Ann. des mal. de l'or. No. 1. 1887.*

Das rechte Stimmband war in Phonationsstellung und unbeweglich; der Larynx congestionirt. E. J. MOURE.

110) **G. F. Wegner. Lähmung der Kehlkopfmuskeln; ein Symptom von Tabes dorsalis.** Dissertation. Berlin. 1887.

Dem Referenten nicht zugänglich. SCHECH.

111) **Bottey. Beobachtung eines Falles von hysterischer Aphonie, durch hypnotische Suggestion geheilt. (Observation d'un cas d'aphonie hystérique guérie par la suggestion hypnotique.)** *Soc. méd. prat. Paris. 28. Sept. 1887.*

Patientin, 36 Jahre alt, litt seit 18 Monaten an Aphonie, die erfolglos mit Hydrotherapie und Elektricität behandelt worden war. Hypnotisirung und Heilung der Patientin in 5 Sitzungen.

Sollte dieses Verfahren in allen Fällen anzuwenden zweckmässig sein?

E. J. MOURE.

112) **R. Jeffreys** (Chesterfield). **Fremdkörper in der Luftröhre; Austreibung desselben nach 73 Tagen. (Case of foreign body in the bronchiai tube expelled 73 days after lodgement.)** *Medical Press and Circular. 14. Dec. 1887.*

Patient, ein Mann von 62 Jahren, hatte mit der Suppe ein Stück Knochen verschluckt, worauf heftiges Würgen und Schmerzen in der Magengegend folgte. Am nächsten Tage zeigte das Laryngoscop eine starke Schwellung des Kehlkopfs. Patient warf schaumigen Schleim aus und man hörte Rasseln über den grösseren Bronchien. Jedoch bestand vorher Bronchitis. Am 73. Tage wurde nach einem heftigen Hustenanfall, verbunden mit schwerer Dyspnoe, der Knochen ausgeworfen mit nachfolgender geringer Hämoptoë.

Ein oder zwei Tage vor der Austreibung wurde Hyoscyamin und Arsenstrychnin verabreicht in der Absicht, durch ersteres Mittel den Bronchialkrampf zu lösen. A. R. GARROD.

113) **Vamossy** (Wien). **Eine Nähnadel 10 Monate lang im Larynx.** *Wiener med. Presse. No. 52. 1887.*

Ein Schneider aspirirte im December 1886 ein Nähnadel sammt Faden, und kam zu Dr. V., der mit dem Kehlkopfspiegel nur den Faden sah. Er zog den Faden leicht heraus, aber die Nadel kam nicht zum Vorschein; doch hörten alle Beschwerden sofort auf, so dass der Kranke sich sehr zufrieden entfernte. Erst 10 Monate nachher kam er wieder zu Dr. V. und zeigte ihm die soeben ausgehustete Nadel, die also 10 Monate im Kehlkopfe verweilt hatte, wahrscheinlich, wie V. glaubt, im Ventricul. Morgagni. CHIARI.

114) **D. La Count. Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign bodies in the air passages.)** *Journal of the American Med. Association. 17. Sept. 1887.*

Bericht über vier Fälle. Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

115) **P. Renault. Handbuch der Tracheotomie. (Manuel de tracheotomie.)** *Paris. Steinhel édit. 1887.*

R. hat sich bemüht, ein praktisches Handbuch zu verfassen, in welchem er alle vor, während und nach der Operation nützlichen Details auseinandersetzt. Die Folgen der Operation werden mit vieler Sorgfalt studirt, und die Hygiene



des Operirten enthält viele für den Dilettanten, sowie für den mit dieser Operation wenig vertrauten Praktiker nützliche Rathschläge. E. J. MOURE.

116) **Annibale Nota** (Turin). **Zwei Tracheotomien. (Due tracheotomie.)** *Gazz. degli ospitali. 4. Mai 1887.*

1. Kind von 3 Jahren mit einem Fremdkörper in den Luftwegen (Trachea). 2. Dreijähriges Kind mit Croup.

Beide Kinder wurden mit Erfolg operirt.

Verfasser kommt nach vielen Ueberlegungen zu folgenden Schlüssen:

1. Die untere Tracheotomie mit Vorliebe auszuführen. 2. Die Canüle so bald als möglich zu entfernen. F. CARDONE.

117) **Egidi** (Rom). **Tracheotomie nach dem Schnellverfahren von S. Germain. (Tracheotomia rapida col proc· ,o di S. Germain.)** *Gazz. Med. di Roma. April 1887.*

Ein 4jähriges Kind, welches an Croup litt, starb an Suffocation, so dass die Operation auf das Schleunigste ausgeführt werden musste. E. macht einige Bemerkungen über den Nutzen, welchen das sogen. „Schnellverfahren" leistet. F. CARDONE.

118) **Bilhaut. Chloroform bei der Tracheotomie. (De l'administration du chloroforme dans la trachéotomie.)** *Ann. d'orthopédie etc. No. 3. 15. Sept. 1887.*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

119) **Mörner** (Upsala). **Histo-chemische Beobachtungen über die hyaline Grundsubstanz des Tracheal-Knorpels. (Histo-kemiska iagttagelser öfver trachealbrosket hyalina grundsubstans.)** *Upsala Läkareförenings Förhandlingar. Band XXIII. S. 363. 1887.*

Diese hübsche Arbeit ist von rein histo-physiologischem Interesse. Der Verf. hat mit dem hyalinen Trachealknorpel gearbeitet, um zu zeigen, dass die Grundsubstanz aus zwei verschiedenen, durch besondere Färbungsmethoden leicht differenzirbaren Elementen, zusammengesetzt ist. Die Arbeit berührt indessen keine speciell laryngologische Interessen. SCHMIEGELOW.

120) **Dufoure. Hereditär-syphilitische Erkrankung der Trachealbronchialdrüsen. (De l'adénopathie trachéo-bronchique hérédo-syphilitique.)** *Thèse de Bordeaux. 1887.*

D. hat diese Krankheit bei hereditär-syphilitischen Kindern beobachtet, welche die klassischen Symptome dieser Affection zeigten. Der Autor spricht von Sprachstörungen, Heiserkeit und Aphonie, berichtet jedoch unglücklicherweise keine laryngoskopische Untersuchung zur Erklärung dieser Symptome.

Die Behandlung ist die der Syphilis. E. J. MOURE.

121) **R. v. Hoesslin. Abscess des hinteren Mediastinum.** *Münchener medizin. Wochenschrift. No. 7. 1887.*

Hervorwölbung der hinteren Trachealwand, Insufficienz des rechten Glottisöffners, Dämpfung rechts von der Wirbelsäule zwischen den Schulterblättern,

hochgradige Dyspnoe; nach Expectoration schaumigen Eiters lang andauernde grosse Erleichterung. Plötzlicher Tod durch Lungenblutung. Bei der Section fand sich eine grosse Caverne des rechten Oberlappens, sowie 9 Ctm. unterhalb der Glottis eine Fistel, die in eine grosse Abscesshöhle im hinteren Mediastinum führte. Die Ursache des Abscesses konnte nicht mit Sicherheit ermittelt werden, wahrscheinlich entstand er von einer Bronchialdrüse. Die Spitzeninfiltration war secundär entstanden. SCHECH.

e. Schilddrüse.

122) **Hogarth Clay** (Plymouth). **Leucodermie, verbunden mit Basedow'scher Krankheit. (Leucoderma associated with Grave's disease.)** *Brit. Med. Journ. 17. Sept. 1887.*

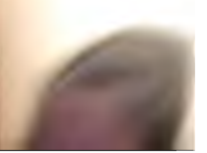
Patientin. eine junge Frau von 21 Jahren, wurde in's Krankenhaus aufgenommen, nachdem sie seit sechs Wochen an Herzklopfen gelitten hatte. Exophthalmos bestand seit zwei Wochen, und die Schilddrüse war seit einer Woche geschwollen. Seit zehn Monaten hatte sie eigenthümliche Flecke vorn an den Schenkeln bemerkt. Man fand sehr deutliche Flecken von Leukodermie an der Oberfläche der Extensoren und an Stellen, welche von den vorderen Cruralnerven versorgt wurden. Zwei kleine Flecke zeigten sich auch an den Nates. Die Flecke waren von Pigmentlinien begrenzt und es zeigte sich eine pigmentirte Stelle über der linken Patella. Sieben Wochen nach ihrer Aufnahme erschienen Leucodermieflecken an den Handrücken und längs der Verbreitung der Ulnarnerven. Der Fall wird von R. H. Lucy berichtet. A. E. GARROD.

123) **Sainte Marie. Beitrag zum Studium der Basedow'schen Krankheit. (Contribution à l'étude de la maladie de Basedow.)** *Thèse de Paris. 1887.*

S. M. erwähnt die trophischen, vasomotorischen oder psychischen Störungen, welche zu der Trias der Symptome dieser Affection hinzutreten, und bezeichnet die Sclerodermie und das Pseudolipoma supraclaviculare als die weniger bekannten Erscheinungen der Krankheit. Der Werth dieser Symptome ist derselbe, wie der der anderen trophoneurotischen Erscheinungen, welche zu Gunsten der nervösen Theorie der Basedow'schen Krankheit und der pathogenetischen Rolle der arthritischen Diathese sprechen. E. J. MOURE.

124) **Syers** (London). **Ein Fall von Morb. Basedowii mit tödtlichem Ausgang. (Case of exophthalmic goitre terminating fatally.)** *Westminster Hospital Reports. 1886.*

S. berichtet über ein 18jähriges Mädchen, welches mit seit 9 Monaten bestehendem deutlichem Morb. Basedowii aufgenommen worden war. Es bestand hochgradige, geistige Aufregung. Einige Tage nach der Aufnahme stieg die Temperatur auf 39° C. und es zeigte sich eine Angina. 4 Tage darauf trat Erbrechen und Diarrhoe ein und Neigung zum Durchliegen. Die Diarrhoe bestand fort, das Fieber blieb hoch; der Puls wurde sehr schnell und war einen Tag vor dem Tode über 200. Die Athmung wurde gleichzeitig oberflächlich und schnell,



und Patientin wurde halb comatös. Die Zunge wurde trocken, braun und rissig; an den Lippen trat schmutziger Belag auf.

Bei der Section fand man eine sehr frische, rechtsseitige Pleuritis und Peritonitis, wahrscheinlich durch Fortpflanzung entstanden. Die Darmschleimhaut war in einem catarrhalischen Zustande — daneben bestand eine parenchymatöse Schwellung der Schilddrüse, besonders auf der rechten Seite. Mikroskopisch fand sich nichts Abnormes in den Halsganglien des Sympathicus. A. E. GARROD.

125) **Vigouroux** (Paris). **Behandlung und einige Besonderheiten der Basedow-schen Krankheit. (Sur le traitement et sur quelques particularités de la maladie de Basedow.)** *Progrès med. 22. October 1887.*

V. empfiehlt die Electricität, und zwar den Inductionsstrom. Jod, Eisen und Arsenik verwirft er als schädlich; die Exstirpation billigt er auch nicht. Ebenso wenig spricht er von der Cauterisation der Nasenmuscheln. Nur die Electricität darf angewendet werden. E. J. MOURE.

126) **Debove** (Paris). **Hysterie und Morb. Basedowii. 2. Einfaches Geschwür und narbige Strictur des Oesophagus. (Hysterie et goitre exophthalmique. II. Ulcère simple et retrécissement cicatriciel de l'oesophage.)** *Soc. méd. des hôpit. Paris. 12. Aug. 1887.*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

127) **Dubreuil** (Bordeaux). **Basedow'sche Krankheit, theilweise geheilt. Lungen- und Darmtuberculose; Polyneuritis. (Goitre exophthalmique partiellement guéri. Tuberculose pulmonaire et intestinale; Polynévrite.)** *Gaz. hebd. des sc. méd de Bordeaux. 6. Sept. 1887.*

Die Section wird ausführlich mitgetheilt, hat jedoch kein besonderes Interesse. E. J. MOURE.

128) **Oscar B. Shelswell** (London). **Fälle von Tendenz zu Hämorrhagien bei Myxoedem. (Cases of hemorrhagic tendency in myxoedema.)** *Lancet. 2. April. 1887.*

Sh. berichtet zwei Fälle von Myxoedem, bei welchen der Extraction von Zähnen eine reichliche Blutung folgte, und fragt, ob dies durch den leicht entzündlichen Zustand des Zahnfleisches in Folge des Zustandes der Zähne beim Myxoedem bedingt sei. Er citirt zahlreiche Autoren, die über Blutungen bei dieser Krankheit berichten; darunter Fälle von Menorrhagien, leichter Entstehung von Ecchymosen, Blutung aus dem Zahnfleisch und Purpuraflecke auf der Haut.

Verf. nimmt an, dass die Alteration in den Wandungen der Arterien ihre Contractilität nothwendigerweise beeinträchtigt und damit auch den Mechanismus, welcher die Blutungen stillt. Auch könnte eine Erkrankung des Sympathicus diese Tendenz erzeugen.

Er bemerkt, es sei wunderbar, dass eine ähnliche Tendenz zu Blutungen beim Kropf beobachtet worden sei. A. E. GARROD.

n
th
ge
Se
Ob
ver
war
der
fleck
wird

123)
trib

welch
die S
ten E
der de
vösen
der art

124)
(Case
ports.
S.
stehend
hochgra
Temper
brechen
fort, da
dem T

Jeder Versuch, eine Bougie einzuführen, würde fast sicher eine Perforation herbeigeführt haben. A. E. GARROD.

132) **Colle. Beiträge zur Lehre vom primären Oesophaguscarcinom.** Göttingen. 1887.

Dem Ref. nicht zugänglich. SCHECH.

133) **Silvestrini. Lungengangrän in Folge eines Epithelioms des Oesophagus. Cancrena pulmonare consecutiva ad un editelioma dell' esofage.)** *Bollet. delle Cliniche. 15. Aug. 1887.*

Der Titel besagt Alles. F. CARDONE.

134) **Roux** (Lausanne). **Carcinom der Speiseröhre, circuläre Resection derselben, Excision des Kehlkopfes und der Schilddrüse, Heilung, Recidiv. (Carcinome et resection circulaire de l'oesophage, excision du larynx et du corps thyroide; guérison; récidive.)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 8. 1887.*

Die Entfernung des Kehlkopfes war durch Mitergriffensein seiner hinteren und seitlichen Wandungen von aussen her bedingt. Im Innern desselben sah man noch kein Zeichen von Krebs. Das linke Stimmband stand nahe der Medianstellung ganz unbeweglich, das rechte bewegte sich nur ganz wenig nach aussen und näherte sich beim Einathmen dem anderen. Der Verlauf der gewaltigen Operation aus der Ueberschrift ersichtlich. JONQUIÈRE.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) **Ph. Schech. Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase mit Einschluss der Rhinoskopie und der local-therapeutischen Technik, für praktische Aerzte und Studirende.** Mit 14 Abbildungen. 1888. Leipzig und Wien. Toeplitz und Deuticke.

Die Anerkennung, die dem Schech'schen Lehrbuch bei seinem ersten Erscheinen allseitig zu Theil geworden ist, wird — das ist unsere Ueberzeugung — der neuen Bearbeitung in erhöhtem Maasse zuerkannt werden. Verf. hat nicht nur, wo es erforderlich war, die bessernde Hand gewissenhaft angelegt, sondern er ist allen das Gebiet betreffenden literarischen Erscheinungen der Neuzeit mit Sorgfalt gefolgt und hat sie mit Kritik verwerthet. Kein Theil ist hierbei leer ausgegangen. Einzelne Kapitel haben, den Fortschritten der Wissenschaft entsprechend, Zusätze erhalten, andere sind neu eingeschaltet worden oder haben eine andere Eintheilung erfahren. So wird die Leucoplakia oris nicht wie in der ersten Auflage bei den Neubildungen, sondern unter den chronischen Entzündungsprocessen besprochen, bei den Affectionen der Speicheldrüsen wird die Parotitis epidemica getrennt von der Parotitis suppurativa abgehandelt, neben dem

Ptyalismus auch der Verminderung der Speichelsecretion gedacht, als Sialodochitis die Verstopfung der Ausführungsgänge der Speicheldrüsen beschrieben und die Erkrankungen der Submaxillaris und Sublingualis in einem besonderen Abschnitt gewürdigt.

Erwünscht scheint es uns, dass die adenoiden Wucherungen nicht nur als Anfang der chronischen Pharyngitis behandelt werden. Verf. meint selbst, dass sie „nicht immer Entzündungsprocessen im klinischen Sinne ihre Entstehung verdanken.“ Wir glauben, dass sie auch in pathologischer Beziehung nichts Gemeinsames mit der Pharyngitis haben und dass sie ein so wohl characterisirtes Krankheitsbild zusammensetzen, dass man sie gesondert betrachten muss.

Als besondere Form der Rhinitis unterscheidet Verf. die Rhinitis exsudativa. Er fasst darunter die Entzündungsprocesse zusammen. Hier finden der Herpes und das Eczema narium, die Acne oder Sycosis vibrissarum, sowie die Fissuren und Excoriationen des Aditus narium ihre Besprechung.

Interessant war es uns zu ersehen, welche Stellung Verf. zu der Lehre der von der Nasenschleimhaut ausgehenden Reflexneurosen einnimmt. In der ersten Auflage hatte er nur die Thatsache registrirt, dass zu den seltenen Folgezuständen chronischer Nasencatarrhe die Reflexneurosen gehören, und dass bei den Neubildungen der Nase Erscheinungen von Seiten des Nervensystems und vor Allem Asthma auftreten. In der jetzigen Bearbeitung entwickelt er in ausführlicher Weise seinen Standpunkt zu der Frage. Er betrachtet als nothwendigste Bedingung zur Auslösung von nasalen Reflexen die gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems, die entweder eine allgemeine, neurasthenische oder hysterische Disposition oder eine locale, nasale Neurasthenie sein kann. In zweiter Linie sei ein Reiz nothwendig, welcher die Nerven der Nase und ihrer Adnexa in Erregung versetzt und dann auf andere Nervenbahnen überspringt; die Reize gelangen theils von aussen in die Nase und betreffen entweder das Gebiet der Gefühlssphäre, speciell des Trigeminus, oder sie gehören in die Kategorie der Geruchsempfindungen resp. des Olfactorius oder in beide zugleich, theils werden sie in diesen Organen selbst erzeugt (periphere Reize). Die nasalen Reflexe können endlich aber auch durch centrale, d. h. durch solche, welche vom Gehirn oder Rückenmark ausgehen, die Nerven der Nase treffen und von diesen auf andere Nervenbahnen überspringen, weshalb die Schleimhaut der Nase vollkommen intact gefunden werden kann. Verf. glaubt, dass von jedem Punkte der Nase ohne Vermittelung des cavernösen Gewebes Reflexe ausgelöst werden können, dass aber letzteres bei der Entstehung gewisser Reflexe, so namentlich beim Asthma, eine Rolle spielt. Er hält es für unbedingt geboten, beim Auftreten gewisser Reflexerscheinungen, namentlich des Asthma, der anfallsweise auftretenden Bronchitis, Migräne, Trigeminusneuralgien u. s. w., die Nase auf das Sorgfältigste zu untersuchen, selbst dann, wenn keine Beschwerden von Seiten der Nase geklagt werden oder die betreffenden Erscheinungen sich aus anderweitigen Organerkrankungen erklären liessen. Andererseits warnt er jedoch dringend vor übereilten Diagnosen und Speculationen und bedauert, dass die Lehre von den Reflexneurosen gegenwärtig in ein Stadium getreten ist, welches die Skepsis nicht nur berechtigt erscheinen lässt, sondern geradezu herausfordert.

Man kann mit dieser ruhigen und objectiven Anschauung vollauf sich einverstanden erklären und ihre allgemeine Beherzigung von Seiten der Collegen wünschen.

Dieser nüchterne, von kritiklosem Enthusiasmus und unberechtigtem Skepticismus gleich weit entfernte Geist durchweht das Schech'sche Buch; wir könnten aus allen Theilen desselben hierfür Belege bringen. Dabei ist die Darstellung eine klare und fliessende und beweist, dass der Verf. nicht nur den Stoff beherrscht, sondern auch von Liebe zur Sache erfüllt ist.

Wenn wir zum Schluss noch einen Wunsch für eine bald zu erwartende Neubearbeitung aussprechen dürfen, so ist es der, dass Verf. neben der allgemeinen Therapie auch der allgemeinen Symptomatologie eine besondere Würdigung zu Theil werden liesse. Wir haben dieselbe besonders bei den Nasenerkrankungen ungern vermisst. Für den Lernenden ist es von besonderem Werth, zu wissen, dass dieselben Symptome (Fötor, Stenose, Hypersecretion u. s. w.) den verschiedensten Krankheitszuständen zukommen können, und diese Kenntniss wird ihm die Directive geben, nach welchen Richtungen die Untersuchungsmethoden ihr Augenmerk zu werfen haben. Wir sind sicher, dass die zweite Auflage des Schech'schen Werkes die allseitigste Anerkennung finden und dazu beitragen wird, bei den Aerzten manches berechtigte und unberechtigte Vorurtheil gegen die aus dem „Specialistenthum" hervorgehenden Lehrbücher zu beseitigen.

Die Ausstattung des Buches ist eine gute, die Zahl der Holzschnitte ist um 9 vermehrt (darunter ein vergrössertes Bild des Nasenrachenraums von vorn nach Zaufal, ferner gut ausgeführte Bilder von adenoiden Wucherungen mittleren Grades, von einfacher und polypoider Hypertrophie der hinteren Muschelenden). Dem Sachregister ist noch ein Autorenregister und ein Literaturverzeichniss beigefügt.

Gottstein.

b) **H. O. Butlin** (London). **Die chirurgische Behandlung des Krebses. (The operative surgery of malignant disease.)** London. J. & A. Churchill. pp. 408. 1887.

Es hat seit dem Bestehen des Centralblattes zu den Bestrebungen des Herausgebers gehört, soviel als möglich zu vermeiden, dass die Recension eines zu besprechenden Buches aus der Feder eines an demselben Orte wie der Verf. wirkenden Fachgenossen stammt. Die Gründe für dieses Bestreben liegen auf der Hand.

Wenn im vorliegenden Falle eine Ausnahme von dieser Regel gemacht wird, so geschieht es, weil ich mir die Freude nicht versagen will, persönlich den Collegen das neueste Werk meines Freundes Butlin zu empfehlen.

Vermuthlich haben viele Fachgenossen dieselbe Erfahrung gemacht, wie ich: sucht man einmal in unserer Specialliteratur zu dem bestimmten Zwecke nach, sich in irgend einem sehr ungewöhnlichen oder sehr obstinaten Falle Rath zu erholen, so findet man meistens nicht, was man sucht! — Die Erklärung liegt nahe: es entspricht dem Zuge unserer Zeit, dass so viel wie möglich allgemeine, typische Bilder entworfen, im Ganzen und Grossen gültige Rathschläge gegeben werden; mit den selteneren Dingen sich ausführlicher zu befassen, lässt

der knappe Rahmen des Lehrbuches gewöhnlich nicht zu, und so werden denn dieselben entweder so kurz abgefertigt, dass aus ihrer beiläufigen Erwähnung Niemand etwas Erspriessliches zu lernen im Stande ist, oder sie werden ganz mit Stillschweigen übergangen.

Und doch finden sich gerade unter diesen selteneren Dingen Fragen von höchster Bedeutung, von grösster Verantwortlichkeit für den Arzt, Fragen, in welchen die Erfahrung des Einzelnen kaum je ausreicht, in denen es nur zu wünschenswerth ist, sich bei der Erfahrung unserer Vorgänger und Mitstrebenden Rathes zu erholen.

Mit Fragen dieser Art beschäftigt sich das vorliegende Werk. Es stellt sich die Aufgabe, die Indicationen, Contraindicationen und Methoden des chirurgischen Eingreifens bei bösartigen Neubildungen gemäss dem gegenwärtigen Zustande unseres Wissens festzustellen, und erfüllt diese Aufgabe in dankenswerthester Weise. Freilich greift es weit über die Grenzen unserer Specialität hinaus, denn es beschäftigt sich mit dem Krebs in allen Theilen des Körpers. Aber es ist auch für den Laryngologen von grosser Bedeutung, denn von den 31 Capiteln, in welche es zerfällt, behandeln nicht weniger als acht Theile, die uns speciell interessiren, nämlich je eines die Lymphdrüsen, die Parotis, die Zunge, den Gaumen, die Tonsillen, den Kehlkopf, die Schilddrüse, den Oesophagus.

In jedem dieser Capitel wird der Leser Belehrung und in schwierigen Fällen Rath und Stütze finden. Wem von uns wäre es nicht begegnet, dass er in Fällen consultirt worden wäre, in welchen er die absolute Hoffnungslosigkeit des „Laissez aller“ auf der einen Seite gegenüber den Gefahren der Operation, dem Grade und der Dauer der durch sie zu schaffenden Erleichterung, der grösseren oder geringeren Wahrscheinlichkeit der Recidive auf der anderen Seite auf das Gewissenhafteste gegen einander abzuwägen, und nur gar zu gern in conciser und zuverlässiger Form die Summe der bisher in solchen Fällen gemachten Erfahrungen zur Hand gehabt hätte? —

Dieses Desideratum nun wird von dem Butlin'schen Buche in trefflicher Weise erfüllt. Grade bei einem Werke dieses Charakters kommt dem Verf. seine seltene Objectivität ungemein zu statten: er tritt an jede neue Frage, an jedes neue Capitel nicht mit vorgefassten Meinungen, sondern mit unbefangenster, kühlster Kritik heran und seine Entscheidung für oder gegen die Räthlichkeit operativen Eingreifens fällt in jedem Falle mit einer Unparteilichkeit aus, die jeden unbefangenen Leser um so mehr einnehmen muss, als sie mit der grössten Bescheidenheit, mit klarster Ausdrucksweise, mit Vermeidung jedes persönlichen Elementes und mit einem pathologischen Wissen gepaart ist, das schon seit vielen Jahren den Verf. in seinem Vaterlande zu einer der ersten Autoritäten auf dem Gebiete der Geschwulstlehre erhoben hat. Einzelner Details zu gedenken ist unnöthig, wo Alles so gut ist. Ich zweifle nicht, dass sich Butlin's neues Werk bald derselben Beliebtheit erfreuen wird, welche sich sein Lehrbuch der Zungenkrankheiten so schnell erworben hat, und empfehle es den Fachgenossen auf das Wärmste.

Felix Semon.

IV. Briefkasten.

Personalia.

S. M. der deutsche Kaiser und König von Preussen hat Prof. Gerhardt den Rothen Adlerorden zweiter Klasse mit Eichenlaub, Prof. v. Bergmann das Comthurkreuz des Hohenzollern'schen Hausordens mit dem Stern, und Prof. v. Schroetter den rothen Adlerorden zweiter Klasse verliehen.

Hugo Rühle †.

Im Laufe des verflossenen Monats verstarb in Bonn der ordentliche Professor der Medicin, Dr. Hugo Rühle Es ist hier nicht der Ort, die sonstigen Leistungen des ausgezeichneten Klinikers ausführlich zu würdigen; auf unserem Gebiete beansprucht aber sein Heimgang specieller Erwähnung, da der Verewigte im Jahre 1860 eine Klinik der „Kehlkopfkrankheiten" veröffentlicht hat. Das Buch ist von bleibendem Werthe, da gerade diejenigen Symptome, welche auch ohne Hülfe des Kehlkopfspiegels zur Diagnose von Kehlkopfleiden dienen können, und denen gegenwärtig bisweilen nicht die gebührende Beachtung geschenkt wird, mit grosser Treue und Genauigkeit geschildert sind. Andererseits ist es belehrend, zu sehen, mit welcher Reserve der Verfasser der damals eben neu eingeführten Laryngoscopie gegenüber trat, und wie eng gezogen er die Grenzen ihres Könnens wähnte. Erst bei der Lectüre eines solchen, von einem vortrefflichen und erfahrenen Beobachter geschriebenen Werkes sieht man, welch' enorme diagnostische und therapeutische Fortschritte wir im Laufe der letzten 30 Jahre auf dem Gebiete der Kehlkopfkrankheiten gemacht haben!

Laryngologische Section der British Medical Association.

Glasgow. 7.—11. August 1888.

Das in der Julinummer mitgetheilte Programm hat seither folgende Bereicherungen an angemeldeten Vorträgen erhalten:

Dr. J. Dundas Grant: Nasenstenose.
Dr. Ernest H. Jacob: Einige ungewöhnliche Formen von Nasenstenose.
Dr. Greville Macdonald: 1) Fall von Kehlkopfstenose, geheilt durch Abtragung eines Stimmbandes. 2) Bemerkungen über die Pathologie der Ecchondrosen der Cartilago triangularis mit Mittheilung einer neuen Operation.
Dr. John Mac Intyre: Der Gebrauch der Electricität bei Halskrankheiten.
Dr. Farquhor Mattheson: Die Beziehungen zwischen Nasenrachenkrankheiten und Stottern und Stammeln.
Dr R. H. Scanes Spicer: 1) Klinische und pathologische Beobachtungen über Affectionen der Gaumen-, Rachen- und Zungentonsillen im Lichte neuerer Ansichten über ihre Functionen. 2) Ein Fall von Lupus vulgaris der oberen Luftwege mit (lupösem) Kehlkopfpolypen.
Dr. D. Warren: Fall von fibro-mucösem Nasenrachenpolypen.

... Laryngologische und Rhinologische Gesellschaft.

... Wahl des Bureaus dieser neu gegründeten Ge...

... Mackenzie.

... Dr. Lennox Browne. Dr. Hunter Mackenzie.

... Dr. Whipham. Dr. Woakes.

... Dr. R. A. Hayes.

... Bureau erklärte Dr. M'Bride wegen stattgehabter ... Dr. Whipham zurückgetreten, und ... Dr. W. E. Stewart, dass er seine Resignation ein... der Wahl des Bureau zusammenhängenden Um... können. Weiter wird uns von zu... Austrittserklärungen bevorständen, vor Allem ... Dr. Whistler, dessen Name, wie unsere Leser ... werden, in der Liste ihres Vorstandes ... Dr. Whipham's gehört der Gesellschaft ... resp. Lehrern des Faches in den ... Mark Hovell an, dagegen nicht die ... Hensman, Poore, Semon, Scanes ... Ferner haben sich von bekannteren ... nicht betheiligt die Herren: Durham, ... Spencer Watson, Ernest H. ... der Gesellschaft sind gegenwärtig, so weit be... Baron, Boud, Lennox Browne, ... Grant, Hayes, Hodgkinson, ... Jakins, Prosser James, Zewell, ... Mac Donald, Mac Intyre, Hunter ... Neumann, Orwin, Robert... Simpson, Smyly, Donald ... Whistler, Wilson, A. Woakes,

...

... in Berlin.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang V. Berlin, September. 1888. No. 3.

I. Die Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopf-Geschwülste in bösartige, speciell nach intralaryngealen Operationen.

Ergebnisse der Sammelforschung.

I. Einleitung.

So weit die Ansichten der Pathologen über die Aetiologie bösartiger Neubildungen, speciell des Krebses, im gegenwärtigen Augenblicke noch auseinandergehen, so giebt es doch eine Reihe von hier in Frage kommenden Factoren, über deren Bedeutung eine fast allgemeine Einigung erzielt ist. Zu diesen Factoren gehört der Einfluss äusserer Reize auf die Entstehung gewisser Formen des Carcinoms. Die verschiedenen Gewerbekrebse (Scrotalkrebs der Schornsteinfeger, Russkrebs der Paraffinarbeiter etc.), ferner der Lippenkrebs der Pfeifenraucher, die Krebse der Brust und der Gebärmutter, die so unverhältnissmässig viel häufiger bei Frauen vorkommen, deren betreffende Organe wiederholten beträchtlichen Evolutionen und Involutionen (Schwangerschaften, Geburten, Säugen der Kinder etc.) ausgesetzt gewesen sind, als bei Jungfrauen oder kinderlosen Frauen — alle diese Formen des Krebses zeigen (ganz abgesehen von den weniger zahlreichen, aber gut beobachteten Fällen, in welchen die Entstehung der Neubildung direct auf einen groben, äusseren Insult zurückgeführt werden konnte) so deutlich den Einfluss eines wiederholten oder lange fortgesetzten Reizes als eines nicht zu unterschätzenden Factors in der Aetiologie gewisser Formen bösartiger Geschwülste, dass kein unbefangener Forscher denselben in Abrede stellen kann und wird.

Es ist unter diesen Umständen nicht verwunderlich, dass einzelne Laryngologen, sei es von rein theoretischen allgemeinen Erwägungen ausgehend, sei es auf der Basis einzelner thatsächlicher Beobachtungen, auf den Gedanken gekommen sind, dass auch das von intralaryngealen Operationen — die ja so häufig

langdauernde und vielfach wiederholte Eingriffe erfordern — nun einmal untrennbare Reizmoment eine bösartige Umbildung der sicher oder anscheinend gutartigen Kehlkopfneubildungen im Gefolge haben könnte, zu deren Entfernung diese Operationen unternommen wurden. Und dieser Gedanke ist um so weniger einfach von der Hand zu weisen, als ja die von dem operativen Reiz betroffenen Gebilde selbst bereits Producte eines schon vorher in den Geweben bestandenen irritativen Vorganges sind. Spielte daher jeder äussere Reiz die Rolle nicht nur eines die Localisation gewisser Formen von bösartigen Neubildungen bedingenden, sondern eines solche in irgend welchen Organen des Körpers direct und per se erzeugenden Einflusses, so wäre in der That zu befürchten, dass bei intralaryngealen Operationen gutartiger Kehlkopfgeschwülste, bei welchen mehrere Reizmomente verschiedener Art zusammentreffen, die Gefahr einer heterologen Degeneration der bis dahin homologen Gebilde eine bedeutende wäre. Das ist ein Gedankengang, der theoretischer Anhaltspunkte in der That nicht entbehrt.

Aber während dies bereitwillig zugegeben werden soll, ist es doch andererseits für jeden Unbefangenen ersichtlich, dass eine weite Strecke Weges zwischen theoretischen Erwägungen dieser Art und der Aufstellung der directen Behauptung liegt, dass intralaryngeale Operationen „nicht selten“ oder gar „häufig“ thatsächlich Umbildungen gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige zur Folge hätten. Schon von demselben theoretischen Standpunkte aus, der den ganzen Gedankengang angeregt hatte, musste man sich, unserer Ueberzeugung nach, vor allen Dingen die Frage vorlegen, ob auch die Prämissen, auf welchen die Befürchtung beruhte, richtig seien, ob Reize der verschiedensten Natur einander ohne Weiteres als gleichbedeutend gesetzt werden könnten? ob aus der Thatsache, dass die Entwicklung gewisser Krebsformen in einzelnen Theilen und Organen des Körpers unzweifelhaft durch locale Reize begünstigt werde, nun sofort zu schliessen sei, dass alle Organe in dieser Beziehung gleich stünden? und vor allen Dingen: ob es überhaupt nachgewiesen sei, dass äussere Reize an sich und allein als Krebserzeuger angesprochen werden dürften, oder ob dieselben nicht vielmehr nur die Rolle eines an sich nicht zu unterschätzenden Factors in der Localisation des Carcinoms spielten, der aber an sich zur Erzeugung heterologer Neubildungen nicht ausreiche?

Angenommen aber auch, dass man sich nicht auf das Gebiet dieser allgemeinen Erwägungen habe begeben wollen, so war es doch wohl sicherlich eine Pflicht, bevor man sich auf theoretische Befürchtungen hin zu apodictischen Behauptungen verstieg, durch welche eine so kostbare Errungenschaft, wie die intralaryngeale Chirurgie, in Frage gestellt wurde, die vorhandenen Thatsachen auf die Realität der Befürchtungen hin zu prüfen: eine Pflicht ebensowohl gegen die vielen Kranken, in deren Schicksal die Entscheidung dieser Frage bedeutungsvoll eingreift, als gegen die Aerzte, die intralaryngeale Operationen anrathen oder vornehmen und denen durch die Aufstellung dieser Behauptungen eine Verantwortlichkeit schwerster Natur aufgebürdet wurde. —

In wie weit man dieser Pflicht nachgekommen ist, lehrt die folgende, kurze Darstellung:

II. Geschichte der Frage.

Die Behauptung, dass durch intralaryngeale Eingriffe nicht selten oder gar häufig die Umwandlung einer bis dahin gutartigen Kehlkopfgeschwulst in eine bösartige producirt werde, wurde, soweit bekannt, zum ersten Male im Jahre 1875 von einem Londoner Laryngologen, Mr. Lennox Browne, aufgestellt. Derselbe hielt im Beginne des genannten Jahres einen Vortrag [1], betitelt: „Betrachtungen über die Behandlung gutartiger Kehlkopfneubildungen", vor der Medical Society of London, dessen Zweck gleich Eingangs dahin angegeben wird, „Mitglieder des ärztlichen Standes zu bewegen, ihre Hände von Versuchen mechanischer Entfernung von Neubildungen zu lassen, die oft in jedem Sinne höchst gutartiger (most benign) Natur seien", und dessen Geist aus folgenden sieben Thesen erhellt, welche die Grundlage seiner Ausführungen bilden:

1. „Intralaryngeale Entfernungsversuche von Kehlkopfneubildungen sind an sich nicht so unschuldig, wie man dies allgemein glaubt; im Gegentheil ist directe, zu tödtlichen (fatal) Resultaten führende Verletzung gesunder Theile des Kehlkopfs, ein durchaus nicht seltenes Vorkommniss (by no means of unfrequent occurrence)."

2. „Die durch gutartige Kehlkopfneubildungen producirten, functionellen Symptome sind in einem grossen Bruchtheil der Fälle nicht schwer genug, um instrumentelles Eingreifen zu rechtfertigen."

3. „Viele dieser Neubildungen verschwinden oder verkleinern sich bei angemessener localer und constitutioneller Behandlung, besonders wenn sie nur kurze Zeit bestanden haben."

4. „Recidive gutartiger Neubildungen nach Entfernung per vias naturales sind viel häufiger, als gewöhnlich angenommen wird."

5. „Während primäre bösartige oder krebsige Geschwülste im Kehlkopf zu den grössten Seltenheiten gehören (are of extremely rare occurrence within the larynx itself), nehmen gutartige Geschwülste nicht selten (not unfrequently) einen bösartigen und selbst krebsigen Charakter in Folge des durch Entfernungsversuche gesetzten Reizes an (assume a malignant and even cancerous character by the irritation produced by attempts at removal)."

6 „Die jetzt allgemein im Gebrauche befindlichen Instrumente sind viel gefährlicher, als die früher benutzten."

7. und letztens. „Das Grundgesetz: dass eine extralaryngeale Methode niemals zur Verwendung kommen sollte, ohne dass Lebensgefahr durch Erstickung oder Dysphagie vorliegt, — sollte mit gleicher Energie auch für intralaryngeale Operationen gelten, und es verdient erwogen zu werden, ob nicht in vielen Fällen die Tracheotomie allein häufiger vorgenommen werden sollte und zwar a) in der Absicht, den Patienten bei Gegenwart gefährlicher Symptome in Sicherheit zu bringen, b) um dem Kehlkopf complete, functionelle Ruhe zu verschaffen, c) als eine Präliminarmassregel, der weitere radicale oder palliative Behandlung folgen kann."

---

[1] „Considerations on the treatment of new formations of benign character in the larynx." Brit Med. Journal, 8. Mai, 1875.

Die fünfte dieser Thesen, deren allgemeine Tendenz keines Commentars bedarf, ist natürlich diejenige, die uns hier interessirt, und es soll daher auch die ihr im Vortrage des Herrn Browne gegebene Motivirung wörtlich mitgetheilt werden. Dabei muss als charakteristisch hervorgehoben werden, dass, während er in der Aufzählung seiner Thesen (die oben wörtlich übersetzt sind, wie sie im englischen Original auf einander folgen) bei der fünften sich noch darauf beschränkt, zu behaupten, dass solche Umwandlungen „nicht selten“ (not unfrequently) die Folgen intralaryngealer Operationen seien, er wenige Spalten weiterhin, wo er zur speciellen Discussion der fünften These kommt, dieselbe noch einmal gesperrt abdruckt, hierbei aber die Worte „not unfrequently“ durch das Wort „frequently“ ersetzt, nunmehr also bereits behauptet, dass intralaryngeale Operationen „häufig“ zur bösartigen Umwandlung gutartiger Geschwülste führten! —

Nun zur Motivirung der fünften These im Vortrage des Herrn Browne: „Diese These,“ sagt er, „ist grossentheils ein Folgesatz (corollary) der vorhergehenden. (Vgl. oben.) Das an der Epiglottis oder an der Zungenbasis oder an der vorderen Oesophaguswand, und zwar an seinem Lieblingssitze: gerade gegenüber dem Ringknorpel, beginnende Epitheliom breitet sich oft in den Kehlkopf aus; aber es ist ungemein selten (most rare) zu finden, dass das bösartige Leiden an den Stimmbändern oder Taschenbändern, d. h. im Innern des Kehlkopfs selbst seinen Ausgangspunkt nimmt.“

Zu diesem Satze wird folgende Anmerkung gemacht: „Diese Angabe wurde ursprünglich als das Resultat meiner eigenen Erfahrung gemacht, welche eine persönliche Kenntniss von wenigstens 20,000 Fällen von Halsleiden einbegreift, und unter denen ich nur zwei Fälle von anscheinend primärem Krebs im Kehlkopf gesehen hatte (!). Nachdem mir ein Zweifel von der Genauigkeit meiner Behauptung ausgedrückt worden war, sind die Werke von Türck, Cohen, Mandl und Anderen nachgeschlagen worden, und es hat sich herausgestellt, dass dieselben hinsichtlich der Seltenheit des primären Krebses im eigentlichen Kehlkopf und der äussersten Seltenheit irgend einer anderen Form als der des Epithelioms übereinstimmen.“ [1])

Nun geht es im Text des Vortrags weiter:

„Einer der Punkte aber, welche von Mr. Simon und Sir William Jenner in der grossen Krebsdebatte in der Pathological Society im letzten Jahre stark betont und von Mr. De Morgan zugestanden wurden, war der, dass Krebs in früher gesunden Geweben durch blossen Reiz, wie durch den einer Nadel, herbeigeführt (induced) werden könne, welches Resultat, den beiden erstgenannten Autoritäten zufolge, constitutioneller Veranlagung (vice), der letztgenannten zu-

---

[1]) Der Herausgeber hat in dem Kapitel „Carcinom“ des Türck'schen Werkes nicht ein Wort finden können, das die Angabe über die Seltenheit des primären Kehlkopfcarcinoms bestätigt! Mandl sagt nur: „Le cancer primitif du larynx est une affection rare.“ In dem betreffenden Kapitel der zweiten Auflage (1879) des Cohen'schen Werkes — die erste Auflage steht dem Herausgeber leider nicht zur Verfügung — heisst es im Gegentheil (p. 580), dass der primäre Kehlkopfkrebs häufiger sei, als diejenige Form, in welcher der Kehlkopf per contiguitatem ergriffen werde! — — —

folge, localer Entwicklung zuzuschreiben ist. Was aber auch immerhin der Grund sein mag, dies ist es, was oft (!) im Falle von Kehlkopfneubildungen gefunden wird. Ich darf wohl auf einen solchen Fall (No. 87) in Dr. Morell Mackenzie's Bericht über einhundert Fälle anspielen, welchen derselbe, da er ihn während des Lebens des Patienten als gutartig behandelt hatte, auf's Loyalste (most straightforwardly) in seiner Liste gutartiger Fälle aufführt, obwohl dies seiner Statistik einigen Abbruch thut. Ich citire seine Bemerkungen über das Resultat der Autopsie: „Die excessive Wucherung der Neubildung in diesem Falle deutete darauf hin, dass dieselbe anderer als gutartiger Natur sei, und ihre mikroskopische Untersuchung illustrirt die enorme Schwierigkeit, zu genauen Schlüssen hinsichtlich der Histologie dieser Geschwülste zu kommen, selbst wenn die Neubildung in toto zur Untersuchung kommt. Das Gebilde wurde von mehreren eminenten Mikroskopikern untersucht und wurde anfänglich für ein einfaches Papillom gehalten. Bei einer anderen Untersuchung wurde gefunden, dass sich fibröses Gewebe entwickelt hatte; und die Neubildung wurde nunmehr für fibrocellulär erklärt. Noch später entdeckte mein Bruder, Mr. Stephen Mackenzie, einige nestartig angeordnete (nested) Zellen (Paget's „laminated capsules"). In Folge der enormen Wichtigkeit dieses Elementes muss der Fall unzweifelhaft in die Kategorie der carcinomatösen Geschwülste eingereiht und als Epitheliom angesehen werden. Die ganze Oberfläche der Geschwulst war mit Papillomen bedeckt." Dieser Fall machte auf mich (Mr. L. B.) um so tieferen Eindruck, weil ich den Patienten fast täglich sah, während er unter Dr. Mackenzie's Behandlung stand, und weil er während mehrerer Monate meiner ausschliesslichen Sorge anvertraut war."

Mit diesem Satze schliesst Mr. Browne's Versuch einer Beweisführung seiner These. Wenige Erwägungen dürften genügen, um die Differenz zwischen dem, was behauptet, und dem, was bewiesen wird, zu zeigen. Dem Autor zufolge, der unter 20,000 Fällen von Halsleiden nur 2 Fälle primären Kehlkopfkrebses gesehen hat, kommt in Folge des durch intralaryngeale Entfernungsversuche gesetzten Reizes „häufig" eine Umwandlung gutartiger in bösartige Kehlkopfgeschwülste zu Stande. Kein Versuch wird gemacht, diese verhängnissvolle Behauptung durch Zahlen zu stützen, sondern der Autor beschränkt sich darauf, eine allgemeine Angabe über den Einfluss von Reizen zu machen, aus der nur das Eine sonnenklar hervorgeht, dass zwei der von ihm angezogenen drei Autoritäten den „blossen" Reiz nicht für ausreichend erachten, Krebs zu erzeugen, sondern in ihm nur ein Mittel sehen, eine „constitutionelle Veranlagung" zum Ausbruch zu bringen! Das genügt indessen für ihn, um nun direct zu behaupten, dass, was auch immer die Ursache sein möge, dies im Kehlkopf „oft" gefunden werde! — Und dann wird ein (!) Fall citirt, in dem in Mr. Browne's Schilderung nicht einmal der Versuch gemacht wird, nachzuweisen, dass es sich überhaupt um eine „Umwandlung" handelte, sondern der nach dem Citat der Mackenzie'schen Epikrise in Mr. Browne's Vortrag überhaupt nur als Belag für die Schwierigkeit der klinischen Diagnose und für die Unzuverlässigkeit der mikroskopischen Untersuchung in manchen Fällen von Kehlkopfcarcinom herangezogen werden könnte! — Und daraus, dass dieser Fall tiefen Ein-

druck auf Mr. Browne gemacht hat, wird nun hergeleitet, dass gutartige Kehlkopfneubildungen „häufig“ unter dem Einflusse intralaryngealer Operationen in bösartige übergehen! Ist es glaublich?

Soweit aus dem British Medical Journal ersichtlich, erfuhren weder die Lehren Mr. Browne's, noch ihre Begründung ursprünglich irgend welche Beanstandung. Jedenfalls gingen beide in völlig unveränderter Form in das drei Jahre später erschienene Lehrbuch des genannten Laryngologen „The Throat and its Diseases“ über. Dieses Buch wurde von dem Herausgeber des Centralblattes in den Spalten des „London Medical Record“ besprochen [1]) und namentlich das über die gutartigen Kehlkopfneubildungen handelnde Kapitel einer eingehenden Kritik unterzogen. Speciell mit Bezug auf die uns hier interessirende, in der fünften These erörterte Frage hiess es dort wörtlich: „Primärer Kehlkopfkrebs ist durchaus nicht so selten, wie der Autor glaubt. Er sagt, dass er nur zwei Fälle gesehen hat; v. Ziemssen berichtet aber schon über 96 und Bruns hat seitdem 55 andere gesammelt, so dass gegenwärtig bereits 151 Fälle vorliegen. Bei einer Suche durch die ganze, uns zu Gebote stehende Literatur, welche fast alle, jemals vorgenommenen intralaryngealen Operationen in sich begreift, haben wir in nur in zwei Fällen finden können, dass ein Kehlkopfpapillom nach der Operation in ein Carcinom degenerirte. Der eine ist der Mackenzie'sche [2]), von Mr. Browne erwähnte, der andere ein Fall von Gibb (Brit. Med. Journal 1865, p. 328). Wir haben daher zwei Degenerationen in ungefähr 500 intralaryngealen Operationen, die behufs der Entfernung von Papillomen vorgenommen worden sind. Und es ist ganz und gar nicht bewiesen, dass selbst in diesen beiden Fällen die bösartigen Veränderungen den Operationen zur Last zu legen waren. Es ist bekannt genug, dass gutartige Geschwülste bisweilen ohne jeden chirurgischen Eingriff einen bösartigen Charakter annehmen. Wir möchten die Aufmerksamkeit des Autors in dieser Beziehung speciell auf Virchow's Ansichten über diese Frage lenken. (Virchow, „Die krankhaften Geschwülste“. Bd. I. p. 349). Wir glauben selbst, dass eine permanente Reizung gesunder Gewebe zur Bildung heteroplastischer Geschwülste führen kann; die Degeneration gutartiger in bösartige Geschwülste aber erfolgt sicherlich nur dann, wenn eine constitutionelle Veranlagung zum Krebs (inclination to constitutional vice) vorliegt, und dann ebensowohl ob chirurgische Eingriffe vorgenommen sind oder nicht. Dass selbst häufig wiederholte, locale Reizung nicht Degeneration erzeugt, wird durch eine beträchtliche Anzahl von Fällen bewiesen, in denen die intralaryngeale Entfernung von Papillomen in Folge wiederholter Recidive vier bis sechs Mal vorgenommen werden musste, ehe schliesslich vollständige Heilung erzielt wurde.“

Die Ausführungen dieses Absatzes, welche Sir Morell Mackenzie in seinem Lehrbuche (l. c.) vollständig acceptirt hat, sind aus dem Grunde hier

---

[1]) „The London Medical Record“. 15. November 1878.

[2]) Es muss hier nachdrücklichst hervorgehoben werden, dass Sir Morell Mackenzie selbst den Fall im Lichte einer spontanen, nicht aber durch die Operation herbeigeführten Umbildung betrachtet! Vergl. M Mackenzie „Die Krankheiten des Halses und der Nase.“ Vol. I. 1880. Englische Ausgabe p. 317; deutsche Ausgabe p. 429.

wörtlich wiedergegeben worden, weil sie den Standpunkt klarlegen, den der Herausgeber des Centralblattes vom ersten Auftauchen der Frage an eingenommen hat, und der auch bei der Analyse der Resultate der Sammelforschung für ihn der massgebende gewesen ist. Eine Erwiderung von Seiten Mr. Browne's erfolgte nach ihrer Publikation nicht.

Dagegen stellte sich im folgenden Jahre (1879) einer der geschätztesten und zuverlässigsten unter den zeitgenössischen Laryngologen, Dr. J. Solis Cohen (Philadelphia), hinsichtlich der in Rede stehenden Frage auf einen Standpunkt, der sich von demjenigen Mr. Browne's allerdings durch weit grössere Mässigung und grössere Vorsicht im Ausdruck unterscheidet, mit demselben aber in der grundlegenden Behauptung übereinstimmt, dass in der That durch den blossen Reiz intralaryngealer Operationen die Umbildung einer gutartigen Geschwulst in eine bösartige producirt werden könne.

Der betreffende Satz seines Lehrbuchs[1]) lautet wörtlich: „Gelegentlich kommt es vor, dass Papillome in Epithelialcarcinome übergehen, bisweilen in Folge blosser localer Reizung durch Husten und Druck und bisweilen in Folge von Reiz, der durch wiederholte, erfolglose Entfernungsversuche mittelst Ausreissens producirt wird (and sometimes from irritation set up by repeated unsuccessful attempts at removal by evulsion)." Weiterhin[2]) wiederholt der Autor dieselbe Angabe und fügt hinzu, dass sich bisweilen ein Epitheliom an oder nahe der Stelle entwickele, von welcher gutartige Geschwülste durch intra- oder extralaryngeale Massregeln entfernt worden seien. Belege für diese Angaben fehlen.

Zwei Jahre später kam die Frage in der Discussion über „Die Indicationen für intralaryngeale oder extralaryngeale Behandlung gutartiger Neubildungen im Kehlkopf", welche in der laryngologischen Subsection des VII. Internationalen Congresses zu London im August 1881 stattfand, zur öffentlichen Verhandlung. Bei dieser Gelegenheit wiederholte J. Solis Cohen seine Angabe in noch bestimmterer Form in dem Satze[3]): „Ich fürchte, dass Laryngologen manchmal unschuldige Papillome in Epitheliome durch anhaltende und zu lange fortgesetzte Manipulationen verwandeln", während Mr. Lennox Browne über dieselbe Frage bemerkte[4]): „Es kann nicht klar genug ausgesprochen werden, dass, je gewandter (facile) der Operateur ist, um so seltener extralaryngeale Operationen sein werden. (!) Ein hierauf hinauskommendes Axiom kann daher als das Resultat dieser Discussion bezeichnet werden." Der Herausgeber erklärte darauf sofort in einer die Wahl der Frage als Discussionsgegenstand betreffenden Erwiderung[5]): „Der Gegenstand ist weiter gewählt worden, um den Herren die Gelegenheit zu geben, die gefährliche und unbewiesene Behauptung zu erhärten, dass intralaryngeales Eingreifen häufig die Umwandlung einer gutartigen Geschwulst in eine

---

[1]) J. Solis Cohen „Diseases of the Throat and Nasal Passages". 2. Auflage, pag. 545.

[2]) Ibid. pag. 581.

[3]) Transactions of the Seventh International Medical Congress. London 1881. Vol. III. Separatabdruck pag. 41.

[4]) Ibidem.

[5]) Ibid. pag. 42.

bösartige bewirke, eine Behauptung, die vor einiger Zeit in Mr. Lennox Browne's Lehrbuch aufgestellt und jetzt von Dr. Solis Cohen wiederholt worden ist. Ich bin nunmehr im höchsten Grade erstaunt, von Herrn Browne zu hören, dass er die Ansichten über diese Frage, die er vor kaum drei Jahren dem ärztlichen Stande in seinem Lehrbuch unterbreitete, so völlig geändert hat."

Eine Antwort hierauf erfolgte nicht, weder in der Discussion selbst, noch nach der Publikation der Verhandlungen und die Frage schien, nachdem nunmehr auf die directe Aufforderung, die streitige Behauptung zu beweisen, keine Antwort erfolgt war, vorderhand ihren Abschluss erreicht zu haben.

In den nächsten Jahren wurden wohl einige neue anscheinend oder zweifellos hierher gehörige Fälle berichtet [so von Clinton Wagner[1]), Tauber[2]), Newman[3])]; einige Autoren sprachen auch in ihren Lehrbüchern von der Möglichkeit einer Umwandlung von Papillomen in Epitheliome in Folge traumatischer Einflüsse [so Gottstein[4]), Bosworth[5]), Seiler[6])]; und J. Solis Cohen[7]) wiederholte wiederum seine Angaben, diesmal aber unter Berufung auf den Fall Clinton Wagner's (s. oben) und auf einen Fall Gussenbauer's[8]). Mit Ausnahme Cohen's aber nimmt nicht ein Einziger der Genannten eine principielle Stellung hinsichtlich der angeblichen specifischen Gefahr intralaryngealer Eingriffe ein, und namentlich behauptet Niemand, auch Cohen nicht, dass die Umbildung einer gutartigen Kehlkopfgeschwulst in eine bösartige ein „häufiges" Ereigniss nach intralaryngealen Operationen sei.

(Fortsetzung folgt.)

---

1) „Archives of Laryngology". Vol. IV. 1883. Heft 50 und 130.
2) Ibidem 1882. Vol. III. pag. 362.
3) „Brit. Med. Journal." 1886. Vol. I. pag. 215.
4) „Die Krankheiten des Kehlkopfes." 1884. pag. 125.
5) „Diseases of the Throat and Nose." 1881. pag. 379.
6) „Diseases of the Throat, Nose and Noso-Pharynx." 1883. p. 162.
7) „International Cyclopaedia of Surgery." 1884. Vol. V. pag. 729 und 739.
8) „Prager Med. Wochenschrift." No. 31. 1883.

II. Referate.

a. Aeusserer Hals; Instrumente etc.

1) **G. Hermann u. T. Tourneux. Die Thymusdrüse; ihre Anatomie, Histologie, Entwickelung und Physiologie derselben. (Thymus; anatomie, histologie, développement, physiologie.)** *Dict. encycl. des sc. méd. Paris. T. XVII. 5. Serie.*

Artikel des Dictionnairs, den Stand der Frage über diesen Gegenstand darstellend. E. J. MOURE.

2) **Onódi** (Pest). **Congenitaler Kiemenbogenrest am Halse.** *Pester med. chir. Presse. No. 6. 1888.*

Bei einem 22jährigen Manne bestand an der linken Halsseite im mittleren Drittel eine knorpelige Prominenz, welche bis zum vorderen Rande des Musc. sternocleidomastoid. zog. Das Gebilde lag frei in der oberflächlichen Halsfascie, etwas unter dem oberen Schildknorpelrande und war 8 Mm. breit, mit einem Fortsatze von 28 Mm. Länge sich an den inneren Rand des M. sternocleidomastoid. anlegend. Lumniczer exstirpirte dieses Gebilde. Der Knorpel erwies sich als Netzknorpel mit nach vorne reichenden, 1—5 Mm. langen Fortsätzen. O. fand in der Literatur nur 5 ähnliche Fälle. CHIARI.

3) **Lanelongue** (Bordeaux). **Kiemenbogen-Tumoren des Halses. (Tumeurs bronchiales du cou.)** *Journ. de méd. de Bord. 20. Mai 1887.*

Klinische Vorlesung über diesen Gegenstand; nichts Neues. E. J. MOURE.

4) **Froumy. Fall von Bronchialfistel. (Cas de fistule bronchiale.)** *Archives Médicales Belges. Mai 1888.*

Ein 3jähriges Mädchen hat auf dem rechten Rand des Schildknorpels eine fistulöse Oeffnung, welche sich als „blinde äussere Bronchialfistel" erweist und zur Ausheilung gebracht wird. BAYER.

5) **Bernard Pitts** (London). **Congenitale Cysten im Mund und am Kinn. (Congenital cysts in mouth and on chin.)** *Brit. Med. Journal. 3. März 1888.*

Demonstration eines 14jährigen Knaben vor der Medical Society of London am 27. Februar 1888, der eine mit flüssigem Inhalt gefüllte Cyste in der Mittellinie des Kinnes und eine andere, ebensolche im Mundboden hatte. Beide hatten sich nach Punction wieder gefüllt und weitere operative Massnahmen wurden in Aussicht genommen. SEMON.

6) **Thomas. Halscyste. (Kyste du cou.)** *Soc. de chirurgie de Paris. 9. März 1887.*

Es handelte sich bei dieser Beobachtung um eine uniloculäre Blutcyste des Halses, die sich bei einer 53jährigen Frau entwickelt hatte. Die Cyste wurde,

bösartige b
Lehrbuch a
bin nunmel
die Ansich
Stande in s
Eine
nach der P
auf die dir
wort erfolg
In de
los hierher
Newman[3]
Möglichkeit
tischer Ei
Cohen[7]) w
den Fall C.
Mit Ausnah
cipielle Ste
Eingriffe ei
Umbildung
Ereigniss n

[illegible] erwachsen war, nur unvollständig [illegible] Form einer [illegible] Blut- [illegible] den Autor [illegible] Falle wäre es besser. [illegible]

[illegible] MOORE.

[illegible] Lymphadenoma.)

[illegible] gerade die Hals- [illegible] Pigmentirung der [illegible]

[illegible] BRIDE.

[illegible] Venae jugulares.

[illegible] April 1888.

[illegible] Tumors am [illegible] Rande des [illegible]

1) „A
2) Ibi
3) „B
4) „D
5) „D
6) „D
7) „I
8) „P

10) **Chavasse. Mischgeschwulst der Parotis. (Mixed tumour of parotid.)** *Brit. Med. Journal. 25. Februar 1888.*

Demonstration des 20 Unzen wiegenden Tumors vor der Pathol. Society of London am 21. Februar 1888. Er war von der Patientin bemerkt worden, als sie 15 Jahre alt war. Damals war er erbsengross. Während der nächsten 10 Jahre blieb er stationär, dann aber begann er schnell zu wachsen, zumal nachdem ein ungenügender Entfernungsversuch gemacht worden war. Nach der schliesslichen Totalexstirpation zeigte es sich, dass die Geschwulst grösstentheils aus fibroadenomatösen Läppchen mit Acinis in einzelnen Theilen bestand; daneben aber zeigten sich knorplige Massen eingesprengt, während wiederum in anderen Theilen vermuthlich secundäre myxomatöse Veränderungen der Matrix vorlagen. Ch. meinte, dass der knorplige Antheil aberrirtem Ohrknorpel seinen Ursprung verdankte, und dass die durch den Knorpel producirte Reizung zur Adenombildung geführt hätte. Er hält die Prognose bei diesen sogenannten Enchondromen der Parotis für günstig, ausser in den Fällen, in welchen sarcomatöse Elemente überwiegen. — Mr. Stephen Paget schloss sich der Ansicht des Vortragenden hinsichtlich des embryonalen Ursprungs der Geschwulst an, und verwies auf eine bezügliche Arbeit Jacobson's in den Guy's Hospital Reports. In der Mehrzahl der berichteten Fälle hatten die Kranken dem weiblichen Geschlecht angehört.

SEMON.

11) **Bresgen (Frankfurt a. M.). Instrumente für Nase und Kehlkopf.** *Therapeutische Monatshefte. 3. 1888.*

B. empfiehlt für die Untersuchung der Nase das von ihm modificirte Duplay'sche Speculum, ferner Nasensonden von Silber mit einer Nasenabbiegung. Zu Aetzungen mit Chromsäure sollen die Sonden eine 6 Ctm. lange Platinspitze tragen. Ferner werden noch angegeben und abgebildet Nasenmeissel mit Nasenabbiegung und ein Schema eines Instrumentes mit Abweisstange für stark zurückgelagerte Kehldeckel.

SEIFERT.

12) **V. Cozzolino (Neapel). Eine neue gezähnte Zange. (Nuova pinzetta a morsetta.)** *Archiv. Ital. di Laring. Januar 1888.*

C. empfiehlt sie zur Extraction kleiner Fremdkörper, welche in die Gewebe und Organe des Isthmus, des Pharynx etc. eingekeilt sind. Es ist dies eine kleine Modification der zur Zeit üblichen Zangen.

F. CARDONE.

13) **Jacquemart. Mittheilung bei Gelegenheit der Demonstration eines galvanischen Schlingenschnürers. (Communication à propos d'un serre-noeud galvanique.)** *Revue mensuelle de laryngologie etc. No. 8. August 1887.*

Der Titel zeigt an, worum es sich handelt.

E. J. MOURE.



[illegible] Nasenrachenraum.

[illegible] über die Krankheiten der Nase. [illegible]) Uebersetzt und mit Anmerkungen ver- [illegible] *Paris. O. Douin édit. 1887.*

[illegible] des zweiten Theils des englichen Werkes, dessen [illegible] Abschnitt fortgelassen wurde. Mehrere Be- [illegible] das Werk auf dem Laufenden in der rhino- [illegible]

E. J. MOURE.

[illegible] der Nase (La morphologie du nez.) *Revue d'an-* [illegible]

E. J. MOURE.

[illegible] der Nase. (Syphilide acnéique du nez.) *Lyon méd.* [illegible]

[illegible] diese Affection, welche charakterisirt ist durch [illegible] Krusten bedeckt, unregelmässig vertheilt sind [illegible] Haut liegen. Sie treten schubweise auf [illegible]

[illegible] bei Frauen häufiger zu sein. Sie bildet ein [illegible] jedoch durch Alcoholismus begünstigt. [illegible] mit Acne rosacea, Impetigo, Lupus und [illegible]

[illegible] allgemeine und locale sein: Cataplasma, Calo- [illegible]

E. J. MOURE.

[illegible] Ueber den Zusammenhang zwischen Erkrankungen [illegible] *Med. Wochenschr. No. 35. S. 770. 1887.*

[illegible] der Nase lassen sich die Friedländer'schen und A. [illegible] wie andere pathogene Mikroorganismen [illegible] Vermuthung, dass in man- [illegible] von der Nase aus erfolge, erhalte weitere [illegible] Die Pneumonie beginne häufig mit einem [illegible] ganze Reinculturen der Fried- [illegible] die Contusionspneumonien, und 4. [illegible] an den der Pneumonie.

B. FRAENKEL.

[illegible] über den Catarrh und seine Wirkung auf den [illegible] and its effects on the system.) *Medical age,* [illegible]

[illegible] einen Catarrh habe, dass jedoch der [illegible] Wirkungen auf den Organismus sind nach- [illegible]

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

19) **J. E. Lowery. Nasencatarrh. (Nasal catarrh.)** *Denver Medical Times. März 1888.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

20) **Schultén** (Finnland). **Einige Bemerkungen über Nasenblutungen und deren Behandlung. (Nagra anmärkningar om näsblödningar och deras behandling.)** *Finska Läkaresellskapets Handlingar. XXX. p. 189. 1888.*

Der Verf. theilt zuerst einige Fälle von Epistaxis mit, die von der gewöhnlichen Stelle am knorpeligen Septum ausging. Er erwähnt sodann den Fall einer Dame, die 5 Tage, nachdem der Verf. Schleimpolypen aus der Nase extrahirt hatte, starke recidivirende Nasenblutungen bekam, durch welche hochgradige Anämie herbeigeführt wurde. In ätiologischen Beziehungen wird angeführt, dass die Patientin 2 Tage nach der letzten Extraction von einer Angina tonsillaris befallen wurde, wodurch vielleicht eine Schmelzung der Thromben der Wände in dem hinteren Theile der Nase zu Stande kam, die so die Blutung herbeiführte. (Eine durch objective Untersuchung der Nase constatirte Blutungsstelle ist nicht gefunden. Ref.)

Der Verf. warnt gegen ein zu langes Verweilen des Tampons in dem Nasenrachenraum. In seinem Falle entwickelte sich, trotzdem die Tampons nur 15 Stunden gelegen hatten, eine doppelseitige Otitis suppurativa. Er empfiehlt die Ausfüllung der Nasenhöhle mittels Jodoformgaze durch die vorderen Nasenlöcher bei etwaiger Blutung. SCHMIEGELOW.

21) **Ernyei** (Pest). **Das Terpentinöl als Stypticum bei heftigen Nasenblutungen.** *Orvosi Heti-Szemle. No. 12. 1888. Excerpt Pest. med. chir. Presse. No. 14. 1888.*

In 3 Fällen, wo alle Mittel im Stiche liessen, und gefahrdrohende Anämie bestand, erreichte E. durch Einlegen von Tampons, welche in Terpentinöl getränkt waren, Stillstand der Blutung. Nur rief das Terpentinöl heftige Aetzung der Schleimhaut hervor.

Uebrigens wurde nur einmal die Bellocque'sche Tamponade ausgeführt. Einmal gelang sie nicht (!) trotzdem, dass lebensgefährliche Anämie bestand. R. kann nicht recht begreifen, wie die Bellocque'sche Tamponade versagen kann.

CHIARI.

22) **W. M. Capp. Heufieber nebst einigen Bemerkungen über Palliativbehandlung. (Hay fever with some notes on palliative treatment.)** *Philad. Med. Times. 1. Januar 1888.*

Das Heufieber ist eine Neurose und zeichnet sich durch seinen periodischen Charakter aus. Zweckmässige Diät ist von grosser Bedeutung, leicht verdauliche Nahrung, leichte Mahlzeiten, Vermeidung von kalten Getränken gleichfalls. Eine Localbehandlung ist in der Regel nachtheilig (? Red.). W. J. SWIFT (LEFFERTS).

23) **Leflaire. Periodische Rhinobronchitis oder Sommerasthma. (De la rhinobronchite annuelle ou asthme d'été.)** *Thèse de Paris. Dec. 1887.*

L. beschreibt die gewöhnlichen Symptome, welche das Heufieber charakterisiren (Thränenträufeln, Augenjucken, Lichtscheu, Schnupfen etc.). Es ist das die nasale Form.

Form, ist von Symptomen dyspnoe-
Nachts sich verschlimmern; ihre
Abnahme der Urinsecretion statt.
mit der Gicht verwandt zu sein.
verwickelte und schwer festzustellende
spielt nicht die wichtige ätiologische
und die Behandlung der Nase (Gal-
unzweckmässig zu sein.
Literaturverzeichniss begleitete Arbeit
beschränkte Anzahl eigener Beobachtungen

E. J. MOURE.

(De l'asthme d'origine nasale.) *Thèse*

Theorien, die zur Erklärung des Auftretens
wurden, indem er sodann die allen Aerzten

Calmettes und Potiquet verdankt, machen

E. J. MOURE.

Zur Casuistik des Asthma bei Kindern.

durch $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde mehrmals
gefolgt, wurden durch mehrmalige
10procent. Cocainlösung beseitigt. Der
von schwachen Lösungen von Kochsalz
findet eine Aehnlichkeit dieser Anfälle

CHIARI.

begleitet von Läsionen der Nasenschleimhaut; der Localbehandlung. (Asthme héréditaire accom- amelioration considérable à la suite
Paris. Februar 1887.
behandelt.

E. J. MOURE.

Ueber Asthma. *Deutsche Medicinal Zeitung. No. 29*

Entstehungsursachen von Asthma, die da-
Asthma, 2. als Intoxicationsasthma
asthma, 4. als Bronchialasthma.
dient eine Reihe von Kranken-
Domäne der Specialisten für Nasen-
gehört nur zum Theil in deren Bereich.
Bemerkungen über die medicamentöse
Cannabis indica, Pyridin, Amylnitrit,
Stramonium.

SEIFERT.

28) **S. Solis Cohen. Behandlung der fötiden Coryza. (On the treatment of fetid coryza.)** *Med. and Surg. Reporter. Philad. 14. Jan. 1888.*

Verf. zieht den Ausdruck fötide Coryza dem der atrophischen Rhinitis vor. Denn der letztere ist nicht immer passend, da häufig keine Atrophie vorhanden ist. Was aber die Bezeichnung Ozäna betrifft, so wird sie bald so allgemein, bald so eingeschränkt gebraucht, dass man sie besser ganz fallen lassen sollte. Der erste Grundsatz für die Behandlung ist gründliche und ständige Säuberung, begleitet von localen Massnahmen und Berücksichtigung des Allgemeinbefindens. C. meint, dass gegenwärtig zu viel geschnitten, gebrannt und gebohrt wird.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

29) **Ruault** (Paris). **Naphtolwasser bei Ozaena und purulenter Rhinitis. (De l'eau naphtolée dans l'ozène et les rhinites purulentes.)** *Arch. de laryngo'. et rhinol. Dec. 1887.*

R. empfiehlt bei Ozäna und den verschiedenen fötiden, purulenten Rhinitiden folgende Lösung:

β-Naphtol 12,0
Alcohol à 90° 84,0.

DS. Ein Theelöffel voll auf ein Liter lauwarmen Wassers.

Wird die Besprühung ein wenig verlängert, so entsteht leichtes, aber nur vorübergehendes Brennen. Sind die Patienten empfindlich, so kann man entweder die Dosis verkleinern oder die Nase vorher mit Cocain pinseln. E. J. MOURE.

30) **Luc. Fötider Abscess des linken Sinus maxillaris, Ozaena vortäuschend. (Abscès fétide du sinus maxillaire gauche simulant un ozène.)** *Soc. de méd. pratique. Paris. Februar 1887.*

Der Titel besagt, worum es sich handelt. E. J. MOURE.

31) **Magitot. Cysten des Sinus maxillaris. (Kystes du sinus maxillaire.)** *Soc. de chirurgie. Paris. 12. October 1887.*

M. meint, dass diese Cysten von den Zähnen herstammen. E. J. MOURE.

32) **Adolph Bronner** (Leeds). **Behandlung des Empyems der Highmore'shöhle. (The treatment of empyema of the maxillary sinus.)** *Brit. Med. Journal. 3. März 1888.* **Sitzung der Leeds und West Riding Medico-Chir. Soc.**

Dieser Process kann durch Zahn- oder Nasenkrankheiten entstehen; in den meisten Fällen jedoch tritt er secundär nach hypertrophischer Rhinitis auf, welche Erkrankung der Zähne im Gefolge hat. Br. zieht es vor, durch den mittleren Nasengang die Eröffnung zu machen, anstatt durch den Alveolarfortsatz.

A. E. GARROD.

33) **Weinlechner** (Wien). **Zur Behandlung des Empyems und des Hydrops der Oberkieferhöhle.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 8. 1888.*

W. behandelte 2 Fälle der Art, dass er mit einer Scheere die äussere Wand der Nasenhöhle unter der unteren Muschel nach Mikulicz eröffnete.

Im 1. Falle wurde aus der Highmorshöhle noch ein Stück Drain entfernt und nach Monaten die Heilung erzielt.

Im 2. Falle bestand eine starke Auftreibung der Highmorshöhle; W. ging zuerst durch die vordere Wand; da aber die Eiterung fortbestand, operirte er wieder nach **Mikulicz** und deckte die frühere Oeffnung durch Plastik. Es erfolgte bald Heilung unter antiseptischen Ausspritzungen. CHIARI.

54) **Ziem** (Danzig). **Ueber das zweckmässigste Verfahren zur Eröffnung der Kieferhöhle.** *Therapeut. Monatshefte. 4. 1888.*

Z. empfiehlt zur Eröffnung der Kieferhöhle die amerikanische (bei den Zahnärzten gebräuchliche) Bohrmaschine. Mittelst feiner Bohrer von $1^1/_4$ Mm. Durchmesser, 2–3 Ctm. Länge wird medianwärts von einem Zahnfache eingegangen, entweder zwischen 2. Bicuspidatus und 1. Molaris oder zwischen den beiden Bicuspidaten. Findet sich Eiter in dem Sinus in grösserer Menge vor, so wird mit Hülfe eines Spiralbohrers die Operationsöffnung noch etwas erweitert. Gerade zur Probepunction des Sinus maxillaris zieht Z. diese Operationsmethode allen anderen Verfahrungsweisen vor. Die Ausspülung wird natürlich von der Mundhöhle aus vorgenommen. SEIFERT.

55) **Kürn** (Rochlitz). **Ein Sarcom der Highmorshöhle.** Inaug.-Dissertation. Würzburg 1887.

Bei einem 56jährigen Manne wurden mehrere polypöse Wucherungen, die aus der linken Highmorshöhle zu kommen schienen, von Prof. **Riedinger** entfernt und als sarcomatöser Natur befunden. Nach Ablauf eines Monats trat die für Erkrankung der Higmorshöhle charakteristische Anschwellung der linken Gesichtshälfte auf, einige Monate später brach die Geschwulst nach aussen durch, kurze Zeit nachher trat der Exitus ein.

Die Section bestätigte die Diagnose eines Sarcoms der Highmorshöhle. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab, dass es sich um die Combination eines gross- und kleinzelligen Spindelsarcoms handelte. SEIFERT.

56) **Peltesohn** (Berlin). **Drei Fälle von Eiteransammlung in Stirn- und Augenhöhle.** *Centralblatt für prakt. Augenheilkunde. Februar 1888.*

In diesen 3 Fällen war der Ausgangspunkt des Augenleidens in der Stirnhöhle zu suchen und zwar in den beiden ersten Fällen der Zusammenhang zwischen Nasen- und Augenerkrankung ein unmittelbarer. Die Therapie bestand in einem Einschnitt durch das obere Lid, durch welchen Eiter in mehr minder reichlicher Menge entleert wurde. Die Behandlung von der Nase aus hatte nicht zum Ziele geführt. SEIFERT.

57) V. **Cozzolino** (Neapel). **Grosser Stein der linken Nasenhöhle. (Un grosso calcolo della fossa nasale sinistra.)** *Archiv di Laring. Januar 1888.*

Ein 60jähriger Mann litt an Stenose des linken Nasenlochs mit Otorrhoë und Störungen des gleichseitigen Ohres: Der Nasenstein hatte die Grösse einer Haselnuss, wog 4 Gramm und bestand aus phosphorsaurem Kalk und einer kleinen Menge kohlensauren Kalks. Der Autor sagt, dass bisher im Ganzen 46 Fälle von Nasensteinen veröffentlicht worden sind. F. CARDONE.

38) **Férié (Bordeaux). Nasenstein. (Rhinolith.)** *Soc. anat. de Bordeaux. 21. Juni 1887.*

F. demonstrirt die Zusammensetzung eines vom Referenten entfernten Nasensteins. Es hatte sich eine dichte Kalkmasse um einen Weintraubenkern gebildet, welcher sich im Centrum des Tumors fand.

E. J. MOURE.

39) **G. Killian (Freiburg). Einiges über adenoide Vegetationen und ihre Operation mit der Hartmann'schen Curette.** *Deutsche Med. Wochenschr. No. 25. S. 542. 1887.*

Die Arbeit entstammt der Hartmann'schen Poliklinik. Die Diagnose wurde meist mit der Rhinoskopia anterior ausgeführt, wobei etwa hinderliche Schwellung der unteren Muscheln durch Cocain- oder Menthollösung zur Abschwellung gebracht wurden. Unter 712 Patienten, die die (Ohr- und Nasen-) Poliklinik besuchten, hatten 135 adenoide Vegetationen, und von diesen waren 101 ohrenkrank, und zwar meist an Tubenschwellung, acuten und chronischen Mittelohrentzündungen und deren Recidiven leidend. Weitere Complicationen bildeten Schwellungen der Solitärfollikel des Pharynx — seitliche Vegetationen wurden beobachtet — und Coryza, sowie Schwellungen der Muscheln, die nicht lediglich als eine Folge der Stauung erklärt wird. Das Wesentliche der Arbeit ist die Abbildung, Beschreibung und Gebrauchsanweisung der Hartmann'schen Curette, welche eine der Form des Nasenrachenraums angepasste Modification des Lange-schen Ringmessers darstellte. Ref. verweist in Bezug hierauf auf das Original, kann aber auch aus eigener Erfahrung die Curette bestens empfehlen. In der Hälfte der Fälle genügte eine Sitzung, in der anderen Hälfte waren 2 Sitzungen erforderlich. Die Anwendung einer (Halb-) Narcose war nur selten erforderlich.

B. FRAENKEL.

40) **Pluyette. Fibrom des Nasenrachenraums bei der Frau. (Fibromes nasopharyngiens chez la femme.)** *Revue de chir. Paris. März 1887.*

Nach einer ziemlich vollständigen Studie über diese Frage citirt der Verf. mehrere Fälle von Fibromen des Nasenrachenraums bei Frauen. Er schliesst aus den über diesen Gegenstand gemachten Untersuchungen, dass die Affection beim weiblichen Geschlecht ziemlich selten ist, und dass sie hauptsächlich nach der Pubertät entsteht.

E. J. MOURE.

c. Mundrachenhöhle.

41) **P. Koch. Bemerkungen über die Paraesthesien der ersten Luftwege. (Considérations sur les paresthésies des premières voies aériennes.)** *Annales des maladies de l'oreille. Nov. 1887.*

Die Parästhesieen, welche man in Hyperästhesieen und Hyperalgesieen unterscheiden muss, bestehen in starken subjectiven Empfindungen, die mit den constatirten Läsionen nicht im Einklang stehen. Sie können selbst ohne jede nachweisbare Alteration der Schleimhaut vorkommen. Der Sitz der Empfindung ist unbestimmt, wenigstens wenn die Kranken den genauen Sitz ihres Schmerzpunktes

[illegible] seien. Gewöhnlich klagen sie über Schmerzen im Niveau der Laryngotrachealgegend.

K. berichtet mehrere Fälle, in welchen der Patient klagte, dass er den Geschmack von Schwefel oder Phosphor habe, oder dass er ein Zahngebiss, eine Nadel, ein Haar etc. verschluckt habe.

Diese parästhetischen Störungen können auch durch eine Affection entfernterer Organe bedingt sein. Ebenso kann die Hypertrophie der Drüsen der Zungenbasis der Ausgangspunkt der Krankheit sein. Die Sensationen sind gewöhnlich intermittirender Natur und mässigen sich durch Ruhe.

Die Behandlung muss eine psychische und gleichzeitig schmerzlindernde sein.

E. J. MOURE.

12) Piersol (Würzburg). **Ueber die Entwicklung der embryonalen Schlundspalten und ihre Derivate bei Säugethieren.** *Sitzungsbericht der Würzb. Phys. med. Gesellsch. 14. April 1888.*

Aus den an Kaninchenembryonen ausgeführten Untersuchungen ergiebt sich Folgendes:

1. Die inneren Schlundtaschen sind früher angelegt und entwickelt als die entsprechenden äusseren Kiemenfurchen und Kiemenbogen.

2. Bei den Säugethieren bleiben die inneren und äusseren Taschen immer durch die Verschlussplatten getrennt.

3. Das mittlere Ohr entwickelt sich aus einem pharyngotympanalen Raum, der selbst aus 3 Abtheilungen besteht. Die Paukenhöhle entsteht als secundärer Auswuchs der Rachenrinne und der ersten Schlundtasche; die Tuba Eustachii wird gebildet von dem verengerten gemeinsamen Raume der ersten Schlundtasche und der Schlunderweiterung.

4. Die eigentliche Schilddrüse entspricht der mittleren Anlage; die untere seitliche paarige, von der 4. Schlundtasche ausgehende Anlage ist das Homologon besonderer Organe der niederen Wirbelthiere; ihr Schicksal bei den Säugethieren ist abweichend.

SEIFERT.

13) Koch (Kopenhagen). **Untersuchungen über den Ursprung und die Verbindungen des Nervus hypoglossus in der Medulla oblongata.** *Arch. f. Mikroscop. Anat. XXXI. 1 Dec. 1887.*

Die vorliegenden, in dem Senkenberg'schen Institute in Frankfurt unter Weigert's und Edinger's Leitung angestellten Untersuchungen betreffen das Verhalten des N. hypoglossus bei verschiedenen Thieren, sowie auch beim Menschen. Aus diesen Untersuchungen ergiebt sich 1) dass eine Verbindung zwischen dem N. hypoglossus und der Olive nicht existirt; 2) der Stilling'sche Kern, jedenfalls beim Menschen, der eigentliche und wichtigste Kern ist; 3) eine Kreuzung der Wurzelfasern oder von Theilen solcher peripher vom Kern nicht stattfindet; 4) ein [illegible] von Längsfasern die einzelnen Theile des Hypoglossuskerns und [illegible] verbindet, ein System von Querfasern die Verbindung mit dem Kern der anderen Seite vermittelt; 5) die Fasern, welche vom Kern nach den Centralorganen gehen, die Kreuzfasern in die Raphe hinein begleiten und nach Kreuzung die andere Seite dorsal von den Pyramidenbahnen übertreten; 6) viel-

leicht noch eine Verbindung mit dem Kern des Seitenstranges und dem Vaguskern sowie mit dem hinteren Längsbündel besteht. SEIFERT.

44) **Suzanne. Anatomische Untersuchungen über den Boden des Mundes, Pathogenese der gewöhnlichen Ranula. (Recherches anatomiques sur le plancher de la bouche, pathogénie de la grenouillette.)** *Thèse de Bordeaux und Arch. de Physiol. 15. Aug. 1887.*

In dem ersten Theil studirt der Verf. die Anatomie des Mundbodens. Nach seinen Untersuchungen schliesst er, dass über der tiefen Fläche der Mundschleimhaut und auf der mittleren Partie gestreifte Muskelfasern existiren, die vom Genioglossus herrühren. Andere Fasern inseriren sich an der hinteren Partie der Sublingualdrüse. Oberhalb der Insertion des Genioglossus finden sich kleine Drüsen, denen er den Namen „groupe glandulaire du frein“ giebt. Ausser dem Ductus Rivinianus besitzt die Sublingualdrüse ziemlich oft einen Duct. Bartholinianus. — Die Existenz der Fleischmann'schen Bursa mucosa ist mehr als zweifelhaft.

Der zweite Theil enthält die pathologische Anatomie und die Pathogenese der Ranula. Die Wand der gewönlichen Ranula wird gebildet: 1) aus der gesunden Mundschleimhaut, 2) einem fibro-elastischen Lager, 3) einer embryonalen Zone, 4) einer Epithelbekleidung. Die gewöhnliche Ranula entwickelt sich aus der Sublingualdrüse durch schleimige Umbildung aller Drüsenelemente. Die beste Behandlung wäre demnach die Exstirpation der Drüse oder der Cystentasche. E. J. MOURE.

45) **Max Bender** (Bonn). **Ueber Lichen ruber der Haut und Schleimhaut.** *Deutsche Med. Wochenschr. No. 39. S. 850. 1887.*

Zwei Fälle, in denen Knötchen und Flecke an der Zungen- resp. Mund- und Wangenschleimhaut bei Lichen beobachtet und genau beschrieben werden.

B. FRAENKEL.

46) **J. Eraud. Aphthöse Stomatitis, durch Höllensteinätzungen unterhalten; acute Ranula der Parotis. (Stomatite aphtheuse entretenue par des cautérisations au nitrate d'argent. Grenouillette parotidienne aigue.)** *Province méd. 15. Oct. 1887.*

Pat. litt an aphthöser Stomatitis, besonders der rechten Wange im Niveau des Duct. Stenonianus. Durch krampfhafte Contraction desselben nach Aetzungen wurde der Speichelabfluss verhindert, wodurch es zur Bildung einer Parotisranula kam. E. J. MOURE.

47) **Sainte Marie. Ulceröse, membranöse Stomatitis. (Stomatite ulcéro-membraneuse.)** *Gaz. des hôp. 7. Juli 1887.*

Geschichte eines sehr gutartigen Falles von ulceröser, membranöser Stomatitis bei einem 6jährigen Kinde. Die Affection ging schnell beim innerlichen Gebrauch von Kali chlor. (3 g pro die) und Pinselungen mit demselben Mittel (4 : 8 Glycerin) zurück. — Verf. rühmt noch sehr Acid. mur., Arg. nitr. und salpetersaures Quecksilber. E. J. MOURE.

[illegible] (Des ulcérations tuber-[illegible]

[illegible] einer Arbeit von 40 Seiten er-[illegible] weiss. Der interessanteste [illegible] 48 und 40 Jahren. [illegible] beschliesst diese Arbeit.

E. J. MOURE.

[illegible] (The tongue and the [illegible] Arbor. März 1888.

[illegible] des Geschmackssinns enthält [illegible] wenn deren Natur in Er-[illegible]

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

[illegible] *Monatsh. f. prakt. Derma-*[illegible]

[illegible] dorsalis schon seit einer [illegible] von Crises laryngées heim-[illegible] Untersuchung nun fanden [illegible] schwarzen Flecken auf der [illegible] sich dieselben als aus [illegible] Papillen bestehend. SEIFERT.

[illegible] *Dermatol. Studien. Heft 7.*

[illegible] 3 Fälle von schwarzer Haarzunge [illegible] nicht genau zu beobachten [illegible] stammte und der dritte aus dem [illegible] Präparat, dessen Abbildung [illegible] verschiedenen Richtungen hin [illegible] schliesst B. betreffs der Farbe [illegible] Parasiten herrührt. B. [illegible] Pigmentationen als viel-[illegible] mit der Leukoplakia buccalis der [illegible] Bildung von Hornzellen [illegible] während sie bei der [illegible] Papillen gebunden ist. [illegible] der Mundhöhle, gewaltsames Ent-[illegible] empfohlen. SEIFERT.

[illegible] *Journ. de méd. de Paris. Oc-*[illegible]

[illegible] beobachteten Facta.

E. J. MOURE.

[illegible] (Fall af glossodyni.)

[illegible] Es handelte sich in

beiden Fällen um Frauen (ca. 20 und 50 Jahre alt), die nicht nervös oder hysterisch waren. Sie klagten über fortwährende Schmerzen in der Zunge, insbesondere in den Rändern; bisweilen traten momentane „Zuckungen" in der Zungenwurzel auf. Der Zustand war in der letzten Zeit unerträglich geworden. Cauterisationen, innerlich Brompräparate, Injectionen von Morphium in die Zunge, Cocainlösungen und Massage der Zunge hatten keine Wirkung gehabt. Tiefe Cauterisationen mit Pacquelin's Thermocauter waren ebenfalls nutzlos gewesen. Bei dem einen Mädchen hatte S. dann Resection des linken Nervus lingualis gemacht, aber Nichts erreicht. Nur interstitielle Injectionen mit einer spirituösen Lösung von Jod (1—10) hatten den Zustand insofern gebessert, als die Symptome dadurch wesentlich gebessert wurden.

Gegenüber Albert in Wien, der als Ursache der Glossodynie eine Hypertrophie der Papillen auf dem hinteren Theile der Zunge ansieht, hebt der Verf. besonders hervor, dass gar keine papilläre Hypertrophie vorhanden war.

Anschliessend an den Vortrag theilte Setterblad mit, dass er mehrere Fälle von Glossodynie gesehen habe, aber keinen, wo das Leiden so entwickelt war wie in den oben genannten 2 Fällen und dass die Symptome nach Massage, die der Patient selbst ausüben kann, gewichen sind. SCHMIEGELOW.

54) **Poyet** (Paris). **Eingebildete Zungengeschwüre. (Ulcérations imaginaires de la langue.)** *Journ. des conn. méd. 20. Oct. 1887.*

P. bemerkt, dass die der Academie von Paris durch Verneuil und Labbé mitgetheilten Thatsachen ziemlich allgemein bekannt sind. Er unterscheidet: Die Zungenneuralgien derjenigen, welche ihre Papillen reizen und sie dadurch schmerzhaft machen und derjenigen, welche an Hypochondrie und an Leukoplasie leiden, letztere gehen ohne Geschwürsbildung einher.

Die Localbehandlung wird eine reizmildernde sein und man wird sich darauf beschränken, die Kranken zu beruhigen. E. J. MOURE.

55) **L. Guinon. Epithelialabschilferung der Zunge bei Kindern. (De la desquamation épitheliale de la langue chez les enfants.)** *Journ. des conn. méd. 1., 8. und 15. October 1887.*

G. studirt zuerst die unter dem Namen „Landkartenzunge" bekannte Affection, deren verschiedene Symptome er angiebt: geränderte Epithelialverdickung, desquamirende Plaques, specielle Krankheit der Kindheit, wie er sie nennt. Sie heilt beim Auftreten einer febrilen intercurrirenden Krankheit.

Nach seinen histologischen Untersuchungen ist die Affection eine rein epitheliale. Von all den für dieselbe angegebenen Ursachen scheint ihm nur eine annehmbar, nämlich die Zahnung. Was die Syphilis anbetrifft, welche Parrot anführt, so sei ihre Einwirkung eine sehr unsichere; eine specifische Behandlung sei ganz ohne Einfluss auf das Leiden. Die nervöse Theorie (Unna) scheint ihm ebenso wie die parasitäre (Gubler) zu verwerfen zu sein.

G. berichtet sodann eine zweite Form: die Desquamation „à découpure", welche von Gautier beschrieben wird und mit Verdauungsstörungen in Zusammenhang zu stehen scheint.

Endlich weist er auf eine dritte, noch unbekannte Form hin, die durch eine einfache Epithelverdünnung (amincissement), ohne deutliche Grenzen und ohne Rand characterisirt ist. Der einzige Plaque nimmt den Zungenrücken ein und zwar von vorn nach hinten; die Schleimhaut verliert ihre Dicke ohne eine deutliche Uebergangslinie zwischen den gesunden und kranken Theilen.

Es kann keine andere Affection mit diesen verschiedenen pathologischen Zuständen verwechselt werden. — Die Arbeit ist gediegen und gut geschrieben.

E. J. MOURE.

56) **Beverley Robinson. Zwei Fälle von Hypertrophie des adenoiden Gewebes in der Fossa epiglottidea. — Zungentonsille. (Two cases of hypertrophy of adenoid tissue in the epiglottidean fossa — tonsil of the tongue.)** *N. Y. Medical Record. 4. Februar 1888.*

Fall 1. Geschwollene Trachealdrüsen führten zu Drucksymptomen in dem ersten Theil des Respirationskanals. Während der Behandlung mittelst localer Application von Chromsäure trat sehr schwere Athemnoth ein; der Tod des Patienten schien nahe zu sein. R. führte ein O'Dwyer'sches Rohr ein, welches jedoch nach wenigen Minuten während eines schweren Hustenanfalls hinausgeschleudert wurde. Da das rechte Stimmband gelähmt war, so waren die Versuche, eine stärkere O'Dwyer'sche Röhre einzuführen, vergeblich, da dieselbe jedesmal offenbar an dem fixirten Stimmband sich verfing und festgehalten wurde. Trotzdem verschafften sie dem Patienten etwas Erleichterung beim Athmen. Nach kurzer Zeit begann reichlicher Eiterauswurf, welcher 48 Stunden lang anhielt und eine bedeutende Besserung der Athmung herbeiführte. Wahrscheinlich hatte das Durchführen der O'Dwyer'schen Röhre eine Eröffnung eines Abscesses der peritrachealen Drüsen in die Trachea bewirkt und die dadurch entstandene Besserung hatte zum grössten Theil den gefährlichen Druck auf die Trachea beseitigt.

Der zweite Fall, über den berichtet wird, zeigte die gewöhnlichen bei dieser Affection vorkommenden Symptome, aber sonst nichts Bemerkenswerthes.

LEFFERTS.

57) **Wiedemann (Augsburg). Ueber Makroglossie und Makrochilie.** Inaug.-Dissert. Würzburg. 1877.

In dem von Schönborn operirten und von W. beschriebenen Fall handelt es sich um ein 17jähriges Mädchen mit Makrocheilie, bei der ein ovaläres Stück aus der Oberlippe ausgeschnitten wurde. Die microskopische Untersuchung der excidirten Partie ergab, dass es sich um ein Lymphangiom handelte. SEIFERT.

58) **T. J. Dunott. Einige Bemerkungen über Hypertrophie der Zunge, sonst auch als Lingua Vituli, Lingua propendula und Makroglossie bekannt. (Some remarks on hypertrophy of the tongue, otherwise known as lingua Vituli, Lingua propendula and Macroglossia.)** *Trans. American Surgical Society. V. VI. 1888.*

D. berichtet über ein 12jähriges Mädchen, bei welchem ohne ersichtliche Ursache die Zunge vor zwei Monaten zu schwellen begann. Als er die Patientin zum ersten Mal sah, reichte das Organ 3½ Zoll über die Lippen hinaus. Die

Oberfläche war stellenweise mit exfoliirender Schleimhaut bedeckt, unterhalb welcher ein halb eitriger Ausfluss beständig herabträufelte. Eine Woche später war der grösste Umfang der Zunge $9^3/_4$ Zoll, die Breite betrug 5 Zoll und die Entfernung von der Spitze zu den Lippen 4 Zoll. Der Unterkiefer war zum Theil dislocirt, die Schneide- und vorderen Backzähne horizontal gewendet und selbst gelockert. Die Zunge fühlte sich knorpelig an, die Schleimhaut war nahezu $^1/_8$ Zoll dick und von dunklem Aussehen; nur nahe den Lippen erschien sie glänzend roth. Patientin konnte nur Flüssigkeiten schlucken, und auch das nur schwer, so dass sie schnell verfiel. Es wurde daher die Amputation vorgenommen, und zwar wurde die Zunge zuerst mit einem Gummischlauch von $^1/_8$ Zoll im Durchmesser umschnürt, um die Blutung zu stillen und eine Schutzwand gegen das Hinabfliessen des Blutes in die Trachea zu bilden.

Die Operation war von sehr gutem Erfolge: Patientin erholte sich vollständig, so dass sie ohne Schwierigkeit essen und trinken konnte. Die Masse der Zunge bestand aus einem derben, weisslichen Tumor, welcher unter dem Messer knirschte. Das Muskelgewebe, welches das äussere Lager bildete, war verdickt, degenerirt und seine Farbe blassroth. Schnitte durch den Tumor zeigten, dass die Schwellung aus einem Netzwerk feiner Lymphgefässe und sehr erweiterter Lymphräume mit Zunahme des Bindegewebes bestand. Der Tumor war also ein Lymphangiom, dem vielleicht das Kennzeichen „myomatös“ hinzugefügt werden könnte.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

59) **Ph. Hers. Fall von halbseitiger Zungenatrophie. (Een Geval van Halfzydige atrophie von de Tong.)** *Weekblad van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 2. 1888.*

Tabes konnte in diesem Falle absolut ausgeschlossen werden, hingegen lag Halswirbelcaries vor, auf die man den ganzen Symptomencomplex zurückführen kann.

BAYER.

60) **Pel,** Prof. (Amsterdam). **Demonstration einer Hemiatrophie der Zunge. (Pel demonstreert een 34 jarigen lijder met Hemiatrophia linguae.)** *Nederlandsche Maatzchappy tot Bevordering Der Geneeskunst. Verslag van de Werkzaamheden Der Afdeelingen in 1887. — Weekbl. van het. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 25. 1888.*

Der Titel deckt den Inhalt.

BAYER.

61) **Zoege-Manteuffel** (Dorpat). **Eine Cyste der Zunge.** *Wiener med. Blätter. No 5. 1888.* Abdruck aus Petersburger med. Wochenschr. No. 2. 1888.

Bei einem 50jährigen Manne entwickelte sich innerhalb eines Jahres in der Zunge eine von normaler Schleimhaut überkleidete Cyste von der Grösse eines halben Hühnereies, welche $1^1/_2$ cm hinter der Zungenspitze beginnend bis zu den Papillae vallatae reichte. Sie war schmerzlos und fluctuirte deutlich. Die Cyste wurde eingeschnitten, ein Drain eingelegt, worauf in 8 Tagen die Cystenwände verwuchsen. Die Untersuchung des Cysteninhaltes ergab die Entstehung der Cyste aus einer Schleimdrüse.

CHIARI.

222) **F. Treves** (London). **Angiome des Mundes und der Zunge. (Angiomata of the mouth and tongue.)** *Brit. Med. Journal. 7. Januar 1888.*

Mittheilung über 3 Fälle vor der Path. Soc. of London am 3. Januar 1888.

Fall 1. Haemophiler Mann, 57 Jahre alt. Häufige Epistaxis bis 4 Jahre vor seiner Aufnahme, seitdem 50 Blutungen aus der Zunge. Dieselbe zeigt mehrere erhabene, kleine, rothe Neubildungen, von denen die beiden grössten etwa halberbsengross waren. Die grösste derselben war offenbar ein arterielles Angiom (sehr selten auf der Zunge). Unter Chromsäureapplicationen verschwanden die Neubildungen, worauf die Neigung zur Epistaxis sich wieder einstellte. (T. machte hier darauf aufmerksam, dass Baumgarten bei recidivirender Epistaxis auf der Nasenschleimhaut kleine rothe Erhabenheiten bemerkt habe.)

Fall 2. Verheirathete Frau, 31 Jahre alt. Arterielles Angiom der Zunge gegenüber den Backenzähnen. Der Tumor wurde zuerst im 5. Schwangerschaftsmonat beobachtet. Blutungen aus der Geschwulst erleichterten — wie auch im folgenden Falle — unerträgliche Kopfschmerzen der Patientinnen. Die Geschwulst wurde entfernt, die Blutung mit dem Glüheisen gestillt.

Fall 3. Kirschgrosses, deutliches, pulsirendes Angiom hinter den Schneidezähnen rechts bei einer Frau, zuerst im 4. Schwangerschaftsmonat bemerkt. Reichliche Hämorrhagien. Entfernung des Tumors zugleich mit dem rechten seitlichen Schneidezahn, an dessen Periost er angeheftet war.

SEMON.

223) **B. Pitts** (London).
224) **John Morgan** (London). } **Naevus der Zunge. (Naevus of the tongue.)** *Brit. Med. Journal. 28. Januar 1888.*

Demonstration zweier Kinder mit Naevus der Zunge vor der Medical Society of London am 23. Januar 1888. In dem Pitts'schen Fall war die ganze Zunge in einem naevoiden Zustande, und da die Geschwulst beständig zunahm und die Zunge aus dem Munde heraushing, war bereits ein dreieckiges Stück derselben excidirt worden. In Folge des immer weiter fortschreitenden Wachsthums sollten nunmehr multiple Applicationen mit dem Paquelin'schen Thermocauter vorgenommen werden. In dem Morgan'schen Falle war das Wachsthum der Geschwulst ein viel langsameres, und da der genannte Chirurg schon mehrmals spontanes Verschwinden von Naevi beobachtet hatte, so wollte er das Resultat von Pitts' Vorgehen abwarten, ehe er sich zu einem operativen Eingriff entschloss.

SEMON.

225) **A. [illegible]. Zungenspalte. (Cleft tongue.)** *N. Y. Medical Record. 28. Januar 1888.*

Es handelt sich um ein einmonatliches Kind, welches nicht ernährt werden konnte und an Marasmus starb.

Die Obduction ergab eine Fissur des weichen Gaumens, die sich bis in den harten erstreckte und eine Spalte von 1/8 Zoll Tiefe an der Zungenspitze.

LEFFERTS.

226) **[illegible]** ([illegible]). **Ein Fall von Zungenkrebs. (Et Tilfaelde af Tungekraeft.)** *Ugeskrift for Laeger. 4. R. XVII. 2. Juni 1888.*

Frau [illegible] Jahre alt, consultirte am 23. Juli 1886 den Verf. wegen Schmerzen in der rechten Seite der Zunge, die seit ein paar Monaten bestanden. Bei der

Untersuchung zeigte es sich, dass ein ca. 1 Markstück grosses Ulcus mit harten und erhöhten Rändern auf der rechten Seite der Zunge vorhanden war; das Ulcus erstreckte sich ein wenig in den Boden der Mundhöhle hinein. Keine geschwollenen Drüsen in der Regio submaxillaris. — Operation: Ligatur der Arteria lingualis dextra und sinistra. Von der Mundhöhle aus wurde dann das Geschwür mittelst einer Scheere excidirt. Die Wunde wurde mittelst Seidensuturen genäht. In 8 Tagen Heilung. Bis zum Ende September 1887 befand sich Pat. wohl; dann trat ein Recidiv ein in der Regio submaxillaris, wo sich eine fistulöse Ulceration bildete, von der übelriechender Eiter secernirt wurde. Ende Januar 1888 ging die Patientin cachectisch zu Grunde. SCHMIEGELOW.

66) **Rochet. Epitheliom der Zunge bei Frauen. (De l'épithelioma lingual et jugal chez la femme.)** *Province méd. 21. Mai 1887.*

Bei Gelegenheit dreier Fälle liefert R. eine Studie über diesen Gegenstand. Er erinnert daran, dass nach der Statistik von Heurtaux, Poulet, Bousquet und Lortet der Krebs bei Frauen selten ist.

Das Alter und die Erblichkeit scheinen dem Autor die wichtigsten Factoren zu sein.

Hinsichtlich der Prognose und Therapie liefert er nichts Neues.

E. J. MOURE.

67) **Deprès** (Paris). **Zungenkrebs. (Cancer de la langue.)** *Gaz. des hôp. 1. September 1887.*

Es handelt sich um einen Kranken, welcher an Zungenkrebs litt und von Desprès mittelst Ecraseurs nach vorgängiger Ligatur beider Art. linguales operirt worden war. Verf. empfiehlt dringend die Ernährung durch die Nase mittelst einer Flasche mit doppelten Röhrenmündungen. E. J. MOURE.

68) **Walter Whitehead** (Manchester). **Excision der Zunge. (Excision of the tongue.)** *Lancet. 28. Januar 1888.*

In dieser Arbeit bespricht W. die Vortheile der von ihm zuerst empfohlenen Methode, nämlich der Abtragung der Zunge mittelst der Scheere, gegenüber der mittelst verschiedenartiger Ecraseure. Er hebt einige der Vortheile seiner Methode hervor, die er bis jetzt bei mehr als 90 Fällen angewandt habe.

A. E. GARROD.

69) **Cadet de Gassicourt. Ueber die initiale couënnöse Angina beim Unterleibstyphus. (De l'angine pultacée initiale dans la fièvre typhoide.)** *Journ. de méd. de Paris. 5 Febr. 1887.*

C. de G. erwähnt drei Fälle, um zu beweisen, wie schwer es im Anfang sei, die couennöse Angina im Beginn des Typhus von der diphtheritischen zu unterscheiden. E. J. MOURE.

70) **Polaillon** (Paris). **Wiederherstellung des Gaumengewölbes und der Nase. (Restauration de la voute palatine et du nez.)** *Soc. de chirurg. Paris. 9. März 1887.*

Bei einem Selbstmordversuch schoss sich ein Soldat eine Flintenkugel in den Mund. Als die Wunde vernarbt war, sah man an der Stelle der Nase und



[illegible] Delorme stellte, indem er den benachbarten [illegible] die Oberlippe und den vorderen Theil des Gaumengewölbes [illegible] daraf die Nase. Bei der ersten Operation [illegible] an und bedeckte sie mit zwei vier-[illegible] gegend entnahm. Der plastische [illegible] auf dies Segel stützen. Derselbe wurde in [illegible] vorgenommen. Weitere Details sind im Original [illegible].

E. J. MOURE.

[illegible] **(Adénome du voile du palais.)** *Revue [illegible] etc. No. 11. Sept. 1887.*

[illegible] interessante Beobachtung von Adenom des Gaumensegels [illegible] histologische Resultat, die Geschichte dieser Tumoren und [illegible] welche diese Beobachtung ihm eingab. N. ist Anhänger [illegible] chirurgischen Behandlung.

E. J. MOURE.

[illegible] (Düsseldorf). **Ein Fall von Angioma varicosum des Gaumensegels, der linken Mandelgegend und des vorderen Gaumenbogens, geheilt durch Elektropunctur.** *Deutsche Med. Wochenschr. No. 33. S. 728. 1887.*

[illegible] giebt den Inhalt wieder.

B. FRAENKEL.

[illegible] **Primäres Epitheliom der Mandel. (De l'épithelioma primitive de l'amygdale.)** *Thèse de Paris. No. 127. 1887.*

Nach einer kurzen Geschichte giebt D. kurz die Aetiologie der Affection [illegible] der pathologischen Anatomie kommt er zu dem Schluss, dass ein primäres [illegible] der Mandel existire.

Indem er sodann die Symptomatologie aufnimmt, wie sie von Caste angegeben wurde, bespricht er die functionellen Störungen, wie den localen Schmerz [illegible] Ausstrahlung nach dem Ohr, dem Genick, dem Schlund etc.; hierauf kommt er [illegible] Studium der physikalischen Symptome: dem Aussehen des Tumors, dem üblen [illegible] des Athems, den Blutungen etc.

Die Diagnose hat zu berücksichtigen die einfache Hypertrophie, die Hyda-[illegible], das Lymphadenom, welches der Ausdruck einer Allgemeinaffection [illegible] Die [illegible] Ulceration wird es ermöglichen, dasselbe von den Sarcomen [illegible] zu unterscheiden [illegible]. Die tuberculösen oder syphilitischen (Gummata) [illegible] werden leichter zu erkennen sein.

Die Prognose ist ernst.

Die Behandlung wird eine verschiedene sein, je nachdem die Affection begrenzt ist oder auf die benachbarten Theile übergreift. Im ersten Fall soll man [illegible] im zweiten dem Kranken die Schmerzen lindern.

E. J. MOURE.

[illegible] **Pharyngomycosis leptothricea. (De la pharyngomycose leptothricea.)** [illegible] *No. 10. Oct. 1887.*

[illegible] berichtet drei Beobachtungen von Pharynxmycose. Die Entfernung [illegible] geschah leicht durch Ausdrücken, was nicht der gewöhnliche [illegible] hört sehr schnell auf; keine entzündliche Reaction. Die [illegible]

Untersuchung ergab übrigens, dass es sich um eine Anhäufung von Leptothrix und Coccen handelte. Die Affection zeigte sich in einem Fall widerspenstig; in den anderen Fällen wich sie Pinselungen mit einer Sublimatlösung 1:1000; Gurgelungen mit derselben Lösung 1:10000 und galvanischen Cauterisationen. Der Autor bespricht sodann die Differentialdiagnose der Affection. Er glaubt nicht, dass man die Pharyngomycosis leptothricea als eine besondere Krankheit ansehen kann. Sie ist nur eine übermässige Wucherung der Leptothrixpilze, welche sich beständig im Munde finden. E. J. MOURE.

75) **Témoin. Zwei Fälle von Retropharyngealabscess; Incision. (Abscès rétropharyngiens. Deux cas d'incision.)** *Revue mens. des mal. de l'enfance. Nov. 1887.*

Der Autor berichtet zwei Fälle von Retropharyngealabscess. In dem ersten Fall folgte unmittelbar nach der Eröffnung des Abscesses, in dem zweiten wenige Zeit darauf eine Bronchopneumonie, welche die kleinen Patienten hinraffte.

E. J. MOURE.

d. Diphtheritis und Croup.

76) **Bryhn** (Norwegen). **Diptheritis unter verschiedenen Formen. (Difterit under forskjellige Former.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. p. 386. 1888.*

In dieser Abhandlung, in welcher der Verf. einige Fälle von gangränösen diphtheritischen, cutanen Affectionen mittheilt, empfiehlt er folgende Behandlung gegen Diphtheritis: Die diphtheritischen Stellen werden mit einer 20proc. Lösung von Acid. boricum in heissem Glycerin 3—4mal täglich bepinselt; Gurgeln mit einer Lösung von 15 Grm. Natrium benzoicum und 5 Grm. Ol. Eucalypt. in 750 Grm. Wasser, welche Lösung auch zur Ausspülung der Nase gebraucht wird; ausserdem bekommt der Patient 5—15 Tropfen Sol. chlorat. ferrico-spirituosa innerlich.

SCHMIEGELOW.

77) **L. H. Jones. Diphtherie. Ihre Ursache und Behandlung. (Diphtheria, its cause and treatment.)** *Atlanta Med. and Surg. Journal. Januar 1888.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

78) **Wachsmuth** (Berlin). **Diphtherie, Skarlatina und Morbilli.** *Deutsche Mediz. Zeitung. No. 22. 1888.*

W. empfiehlt neuerdings seine Behandlung der Diphtherie mit Kal. chloric., Chinin und Diaphorese, bei Scharlachdiphtherie wird Kal. chloric. abwechselnd mit Mixtura solvens gegeben. SEIFERT.

79) **J. P. Schmitz. Aetiologie der Diphtherie und der Unterschied zwischen Diphtherie und Croup. (The cause of diphtheria and the difference between diphtheria and croup.)** *California Med. Journal. Jan. 1888.*

Sch. hält beide für primäre Localaffectionen. Der Croup bleibt aber stets local, da seine Micrococcen nicht die Fähigkeit haben, in andere Gewebe einzudringen oder das Blut anzugreifen, oder zu zerstören. Bei der Diphtherie jedoch

[illegible] die Fähigkeit, sich auszubreiten und in fast [illegible] Neigung, die Vitalität des [illegible] primär durch Erkältung entstehen, die [illegible] solcher Schleimhäute und be[illegible] Sauerstoff directen Zugang hat. In Folge [illegible] Pseudomembranen und schliesslich zur Entwick[illegible] zerstörendes Gift wirken.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

[illegible] Ueber den Croup und seine Stellung zur Diphtheritis. [illegible] Urban und Schwarzenberg. Wien und Leipzig.

[illegible] Zusammenstellung der Literatur, die aber [illegible] macht, giebt M. die Begriffsbestimmung [illegible] Croup ist nach ihm eine fibrinöse acute Laryngitis, von [illegible] dem Kindesalter eigen, local verbleibend und [illegible] des Fortschreitens in Trachea und Bron[illegible] Masern, Scharlach, Blattern und anderen Erkran[illegible] Affectionen des Kehlkopfes sind genetisch [illegible] Croup zu trennen. Dagegen kann es auch bei Croup [illegible] kommen.

[illegible] M. jene Fälle, welche epidemisch entstehen, nicht allein [illegible] zuerst im Rachen auftreten, sich aber leicht auf [illegible] Organe verbreiten, fest aufsitzende Membranen liefern, [illegible] mit septischen Erscheinungen einhergehen. [illegible] und oft zeigen sich Nachkrankheiten in Form [illegible] zeigt aber Diphtheritis graduelle Unterschiede, und [illegible] verschont. Solche Fälle sind dann weniger [illegible] Die Tracheotomie ist bei Croup oft lebensrettend, bei [illegible]

[illegible] Behauptungen holt M. aus seiner 17jährigen Praxis, [illegible] dem Jahre 1877 54 Tracheotomien wegen Croup und [illegible] Statistiken über Todesfälle an diesen Erkran[illegible] in der Stadt Hallein und in dem Markte Obern[illegible] 40 Jahre erstrecken. Unter den 54 Fällen wurde [illegible] 15 mal auch der Rachen ergriffen) operirt mit [illegible] waren 37 Fälle mit 10 Heilungen. Die Com[illegible] als die bei Diphtheritis. Die Tracheotomie [illegible] die Nachbehandlung bestand in permanenten [illegible] in Verabreichung von 2proc. Lösungen von [illegible] dilutum, 2stündlich 1 Ess- oder Kaffee[illegible]

[illegible] so unterscheidet M. speciell in Salzburg zwei [illegible] 1840 bis 1864 und zeigt ziemlich gleichmässig ver[illegible] an Croup, im Ganzen 93. Die Erkrankungen [illegible] und kalten Monaten auf.

[illegible] 1886 fiel mit 278 Todesfällen, welche grössten-

theils in 3 Epidemien auftraten, ohne dass die Witterungsverhältnisse einen so bestimmenden Einfluss ausübten. M. glaubt daher, dass mit 1865 die Diphtheritis als neue Krankheit ihren Einzug hielt, und nennt daher die erste Periode die Croupaera und die zweite die Diphtheritisaera — daneben kommen aber noch immer vereinzelte Fälle von Croup vor. Aehnliches ergiebt die Statistik von Hallein und Oberndorf, nur dass an beiden Orten die Diphtheritis viel später auftrat und relativ viel mehr Opfer forderte. Die epidemische Ausbreitung der Diphtheritis liess sich besonders in Oberndorf genau nachweisen.

Schliesslich kommt M. noch einmal darauf zurück, dass Croup nur eine Erkältungskrankheit, Diphtheritis dagegen trotz vielfacher Aehnlichkeit mit ersterem eine wesentlich andere, durch Infection veranlasste Krankheit sei.

Einige Tabellen erhöhen den Werth der fleissigen und anregenden Arbeit.

CHIARI.

81) W. Cheatham. **Die Identität des membranösen Croups und der Diphtherie. (The identity of membranous croup and diphtheria.)** *American Practitioner and News. Louisville. 4. Febr. 1888.*

Ch. spricht sich zu Gunsten der Identität aus. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

82) J. A. Auchterlony. **Die Nichtidentität des membranösen Croups und der Diphtherie. (On the non-identity of pseudomembranous croup and diphtheria.)** *American Practitioner and News. Louisville. 4. Februar 1888.*

A. hält beide Krankheiten für verschiedenartig. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

83) X. **Häusliche Prophylaxe der Diphtherie. (Prophylaxie domestique de la diphtherie.)** *La prat. méd. 23. August 1887.*

Nichts von Bedeutung. E. J. MOURE.

84) D. D. Spear. **Diphtherie. (Diptheria.)** *Trans. Maine Med. Association. p. 227. 1887.*

Sp. glaubt an die contagiöse Natur der Krankheit. Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

85) Tissier. **Diphtheritische Laryngitis bei einem Erwachsenen; Heilung. (Laryngite diphtheritique chez l'adulte; guérison.)** *Ann. des mal. de l'or. etc. No. 3. März 1887.*

Der Titel besagt, worum es sich handelt. E. J. MOURE.

86) Pery (Bordeau). **Diphtheritische Laryngitis bei Kindern. (Laryngite diphthéritique chez les enfants.)** *Soc. de méd. de Bordeaux. 1. Juli 1887.*

Kurze Discussion über diesen Gegenstand; nichts Neues. E. J. MOURE.

87) Teissier. **Natur und Verbreitungsbahnen der Diphtherie. (Nature et voies de propagation de la diphtherie.)** *Lyon méd. No. 44. 30. Oct. 1887.*

Der Titel besagt, worum es sich handelt. E. J. MOURE.

88) **Gaucher** (Paris). **Eine Behandlungsmethode der Angina diphtheritica durch Abtragung der Pseudomembranen und antiseptische Cauterisation der darunter liegenden Schleimhaut. (Sur une méthode de traitement de l'angine diphthéritique par l'ablation des fausses membranes et la cautérisation antiseptique de la muqueuse sous jacente.)** *Archives de Laryngologie. Dec. 1887.*

G. hält die Diptherie für eine Localaffection, die sich sehr schnell generalisirt. Da die Angina das primäre Leiden ist, so muss sie energisch behandelt werden. Er empfiehlt. die Pseudomembranen zu beseitigen und die Theile mit folgendem Mittel zu touchiren:

℞. Acid. carb. 10,0.
Champhor. 30,0.
Alcohol à 36 pCt.
Ol. Lin. ana 10,0.

Dieses Verfahren muss Morgens und Abends geübt werden, nachdem man Cocain eingestäubt hat, um die Schmerzen zu verhindern. Den Tag über Carbolspray.

E. J. MOURE.

89) **Roulin. Behandlung der Diphtherie mit Carboldouchen. (Traitement de la diphtherie par les douches phénolées.)** *Journ. de méd. de Paris. 27. Januar 1887.*

Er wiederholt seine Einspritzungen alle zwei Stunden mit Carbolsäure (phénol-sodé), 3 Esslöffel auf 1 Liter Wasser. 79 Fälle mit 79 Heilungen! Stets glückliche Behandlungsmethoden!

E. J. MOURE.

90) **A. R. Cain. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Medical Register Philad. 21. Januar 1887.*

Uebersicht über die verschiedenen Behandlungsmethoden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

e. Kehlkopf und Luftröhre.

91) **Percy Kidd** und **H. H. Taylor** (London). **Ueber den Werth des Tuberkelbacillus für die klinische Diagnose. (On the value of the tubercle bacillus in clinical diagnosis.)** *Brit. Med. Journal. 26. Mai 1888.*

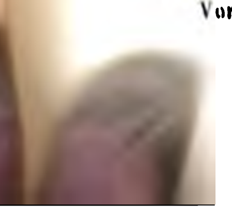
In diesem, am 22. Mai 1888 vor der Royal Med. and Chir. Society of London gehaltenen Vortrag wird u. A. die Bedeutung der Sputumuntersuchung für Fälle zweifelhafter Kehlkopfleiden hervorgehoben, eine Bedeutung, die von allen Theilnehmern an der Discussion bereitwilligst anerkannt wurde. Details müssen im Original nachgelesen werden.

SEMON.

92) **W. A. Turner. Tuberculöse Ulceration der Stimmbänder. (Tubercular ulceration of the vocal cords.)** *Edinburgh Med. Journal. März 1888.*

Vorlegung eines Präparats.

M'BRIDE.



93) **Gottstein** (Breslau). **Die Localbehandlung der Larynxtuberculose.** *Breslauer Aerztl. Zeitschr. No. 13. 1888.*

In einem Vortrage bespricht G. die verschiedenen Behandlungsmethoden der Larynxtuberculose. Er selbst wendet die Carbolsäure in 1—3 procent. Glycerinlösung an, wo sie vertragen wird, die Milchsäure. Ueber die verschiedenen chirurgischen Behandlungsmethoden stehen ihm eigene Erfahrungen nicht zu Gebote.

SEIFERT.

94) **Blindermann** (Heidelberg). **Ueber die neueren Behandlungsmethoden der Kehlkopfschwindsucht.** Inaugural-Disseration. Heidelberg. 1887.

Die fleissig gearbeitete Dissertation giebt eine Uebersicht über die neueren Behandlungsmethoden der Kehlkopfschwindsucht und berücksichtigt bei Besprechung der einzelnen Arzneimittel die in der unter Jurasz' Leitung stehenden ambulatorischen Klinik gewonnenen Resultate, deren in diesem Referate gedacht werden soll.

Die Carbolsäure, in Form von Inhalationen gebraucht (1—2 procent. Lösung) ergab befriedigende Resultate, 1 Mal trat Heilung ein. — Vollständige Heilung bei Jodoformgebrauch wurde nicht beobachtet, aber doch wesentliche Besserung der Laryngophthise mit diesem Mittel erzielt, Nachtheile nicht bemerkt. Jodol kam selten zur Anwendung. Am meisten wird die Borsäure in Gebrauch gezogen, zumeist zu Insufflationen, und werden dadurch viele Fälle in eine der Heilung nahe Besserung gebracht. Mit Milchsäure erreichte man wesentliche und rasche Besserung, aber bis jetzt noch in keinem Falle völlige Heilung. Versuche mit Einblasungen von Holzkohle, die Bl. bei 3 Patienten anstellte, waren wenig ermuthigend.

SEIFERT.

95) **Lucas Championière. Einige neue Behandlungsweisen der Lungen- und Kehlkopftuberculose. (Quelques nouveaux traitements de la tuberculose pulmonaire et laryngée.)** *Journ. de méd. et chir. prat. August 1887.*

Kritische Besprechung; nichts Neues.

E. J. MOURE.

96) **A. J. Beehag. Menthol bei Kehlkopf- und Lungenschwindsucht und anderen Krankheiten. (Menthol in laryngeal and pulmonary phthisis and in other diseases.)** *Edinburgh Med. Journal. Januar 1888.*

Diese Arbeit ist zum grössten Theil eine Bestätigung der Vorzüge, welche Rosenberg dem Menthol zuschreibt. Ref. möchte hinzufügen, dass B.'s Beobachtungen über den absoluten Heileffect des Menthols bei Phthisis sämmtlich in Berlin gemacht zu sein scheinen. Er selbst (Ref.) giebt zu, dass das Mittel Werth als Anästheticum und Desinficiens besitzt und bestreitet auch nicht, dass es zuweilen auch heilen mag. B. empfiehlt beim chronischen Larynxcatarrh, beim acuten und chronischen Nasencatarrh und bei Ozäna folgendes Schnupfpulver:

℞ Menthol. 2,0
Ammon. chlor. 6,0
Acid. bor. 4,0.

Er empfiehlt ferner das Menthol als ein Palliativum bei Nasenverstopfung bei Kindern und als ein Anodynon bei Tonsillitis und, in Verbindung mit Jod

88) **Gaucher** (Paris.
Abtragung der Pse
liegenden Schleimh
ritique par l'ablat
de la muqueuse so

G. hält die Dip
lisirt. Da die Angina
werden. Er empfiehlt
folgendem Mittel zu b

Dieses Verfahren
Cocain eingestäubt hat.
bolspray.

89) **Roulin.** Behandl
diphtherie par les
1887.

Er wiederholt se
nol-sodé), 3 Esslöffel
glückliche Behandlung

90) **A. R. Cain.** Dip
1887.

Uebersicht über

91) **Percy Kidd** und
bacillus für die kli
clinical diagnosis.)

In diesem, am
don gehaltenen Vortr
Fälle zweifelhafter K
Theilnehmern an der
im Original nachgeh

92) **W. A. Turner.**
ration of the voc

Vorlegung ein

100) **Andry. Tracheotomie bei Larynxtuberculose. (Trachéotomie dans la tuberculose laryngée.)** Soc. des sc. méd. de Lyon in *Lyon méd.* *12. Mai 1887.*

A. theilt einen Fall mit, bei dem er mit Erfolg die Tracheotomie wegen drohlichen Glottisödems bei einem an Larynxtuberculose leidenden Patienten ausgeführt hatte. Patient hat die Operation 3 Monate überlebt und starb schliesslich an wiederholten Hämoptysen. Die Canüle wurde am 10. Tage nach der Tracheotomie entfernt.
E. J. MOURE.

101) **Gougouenheim. Tertiäre syphilitische Laryngitis, 7monatliches Verweilen der Canüle, Heilung. (Laryngite syphilitiqe tertiaire, séjour de la canule pendant 7 mois, guérison.)** *Annales des mal. de l'or. No. 3. März 1887.*

Der Titel besagt, worum es sich handelt.
E. J. MOURE.

102) **Bowreman Jessett** (London). **Tracheotomie wegen Kehlkopfsyphilis. (Tracheotomy for syphilitic disease of the larynx.)** *Brit. Med. Journal. 5. Mai 1887.*

Der dürftige Bericht des B. M. J. über die am 30. April 1888 in der Medical Society of London stattgehabte Demonstration des Patienten lautet wörtlich folgendermassen: „Mr. Bowreman Jessett zeigte einen Mann, den er vor fünf Jahren wegen syphilitischer Kehlkopfaffection tracheotomirt hatte. Später hatte er grosse Quantitäten papillomatöser Massen wegzukratzen (?), seit welcher Zeit die Stimme wiedergekehrt und gut geblieben war. — Sir William Mac Cormac frug, was gethan worden sei, um das Hinunterlaufen von Blut in die Trachea zu verhindern? Mr. Bernard Pitts frug, ob Dilatation versucht worden sei? Mr. Jessett erwiderte, dass er tamponirt habe, um die Blutung soviel als möglich zu verhindern."
SEMON.

103) **Pollak** (Prag). **Beiträge zur Kenntniss der Frühformen der Larynx-Syphilis.** *Monatsschr. f. prakt. Dermatologie. No. 7. 1888.*

Die Untersuchungen über Larynxsyphilis sind an 1045 Patienten angestellt, von denen 856 normalen Kehlkopf, 62 syphilitische Localisationen im Larynx hatten und 119 an acutem oder chronischem Kehlkopfcatarrh litten. Macula syphilitica wurden bei den 62 Fällen 11 Mal an verschiedenen Stellen des Kehlkopfs gefunden, Papulae laryngis bei 10 Fällen. P. unterscheidet 2 Arten; die eine Gruppe besteht aus kleinen, hirsekorngrossen Efflorescenzen von weisser Farbe, welche auf normaler Schleimhaut sitzen, die andere Gruppe wird repräsentirt durch breit aufsitzende hirsekorn- bis linsengrosse Verdickungen der Schleimhaut von blassrosa bis dunkelrother Farbe, sie sitzen auf normaler oder auf catarrhalisch veränderter Schleimhaut auf.

Catarrhus laryngis syphiliticus wurde bei den übrigen Fällen in verschiedener Intensität, mit verschiedener Localisation, bald mit, bald ohne Ulcerationen beobachtet.

Einige Fälle werden besonders angeführt wegen auffallend frühzeitigen Auftretens von tiefen Geschwüren.
SEIFERT.

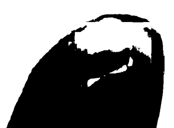
104) **Felix Semon** und **S. G. Shattock** (London). **Drei Fälle bösartiger Geschwülste der Luftwege. (Three cases of malignant disease of the air-passages.)** *Brit. Med. Journal. 7. April 1888.*

Vortrag, gehalten am 3. April vor der Pathol. Society of London.

I. Alveoläres Sarcom des Kehlkopfs bei einem 81jährigen Greise. Heiserkeit und Athemnoth waren die Hauptsymptome. Pat. starb an Erstickung, da er sich der vorgeschlagenen Tracheotomie nicht unterziehen wollte. Die Neubildung beschränkte sich innerlich auf das Cavum subglotticum, war aber durch das Lig. crico-thyreoideum nach aussen gewuchert. Bemerkenswerth war die villöse, von Ulceration durchaus unabhängige Beschaffenheit der Schleimhaut über einem grossen Theil der Neubildung. Derselben dürfte in gewissen Fällen hervorragende klinische Bedeutung zukommen. — Ausserdem waren die Hauptpunkte von Interesse: die histologische Structur der Neubildung und das Lebensalter des Patienten. Soweit bekannt, ist bisher kein Fall von Sarcom des Kehlkopfs bei einem Kranken in so vorgerücktem Lebensalter berichtet worden.

II. Contact(?)-Carcinom des Kehlkopfs. Epitheliom der rechten Kehlkopfhälfte bei einem 57jährigen Manne. Resection derselben durch Sir William Mac Cormac am 1. November 1887. Tod an Pneumonie am dritten Tage nach der Operation. Die Existenz einer kleinen epitheliomatösen Insel an der unteren Fläche des mittleren Theils des linken Stimmbandes wurde erst während der Operation mit Hülfe eines in den Kehlkopf eingeführten Glühlämpchens entdeckt, die Stelle im gesunden Gewebe umschnitten und entfernt. Die mikroskopische Untersuchung erwies sowohl, dass es sich in der That um eine völlig isolirte, krebsige Stelle handelte, wie auch, dass die Structur derselben vollständig identisch mit der des Krebses der rechten Kehlkopfhälfte war. Der Vortrag verbreitet sich ausführlich über die Frage, ob es sich hier um directe Inoculation des Krebses handelte, ohne zu einer definitiven Entscheidung zu kommen. Fälle der Art sind äusserst selten, und, soweit den Autoren bekannt, war zur Zeit ihres Vortrags nur ein Beispiel (Newman's erster Fall) eines solchen Ereignisses im Kehlkopf berichtet worden. — Ausserdem war der Fall von Interesse, weil in Folge des infiltrirenden Characters der Neubildung die Entnahme eines Fragmentes zum Zwecke mikroskopischer Untersuchung ganz ausgeschlossen war und die Diagnose allein auf Grund der klinischen Symptome gestellt werden musste.

III. Intratracheales, cylindrocelluläres Carcinom, continuirlich mit Carcinom der Schilddrüse. Der Patient war ein 39jähriger Mann, seine Symptome langdauernde Haemoptysis, Abmagerung, Husten, Nachtschweisse, ziemlich obscure pulmonäre Zeichen und Lähmung des rechten Stimmbandes Im untersten Theil des Gesichtsfeldes schien an der vorderen Wand der Trachea Ulceration zu existiren, und der betreffenden Stelle entsprechend fand sich aussen an der Trachea eine kleine Verdickung. Alle genannten Symptome schienen auf Tuberculose der Lungen und der Trachea hinzuweisen, doch wurden im Sputum keine Bacillen gefunden. Erst im letzten Lebensmonat des Kranken stieg bei Dr. Sharkey, unter dessen Behandlung derzeit der Patient im St. Thomas-Hospital war, Verdacht auf Trachealkrebs auf. Der Tod erfolgte an zunehmender



Haemoptysis. Bei der Autopsie fand sich doppelseitige Pneumonie der unteren Lappen In der Trachea befand sich, 1,5 Ctm. unterhalb des unteren Ringknorpelrandes, eine glatte, bohnenförmige Neubildung, welche — wie ein Durchschnitt ergab — zwischen den Luftröhrenknorpeln hindurch sich bis in die Schilddrüse und unterhalb letzterer verfolgen liess. Der rechte Recurrens war in diese Masse eingebettet. Histologisch erwies sich die Neubildung als Carcinoma cylindrocellulare und durch sehr genaue Verfolgung ihrer verschiedenen Abschnitte unter dem Mikroskop liess sich mit Bestimmtheit nachweisen, dass sie von der Schilddrüse ihren Ausgang genommen hatte. Bemerkenswerth war, dass unter diesen Umständen die Ausbreitung in die Trachea nicht, wie gewöhnlich, in Form einer einfachen Infiltration der Trachealwand, sondern in Gestalt eines scharfumschriebenen, isolirten, verhältnissmässig grossen Tumors erfolgt war. — Diese Form von Schilddrüsenkrebs ist äusserst selten. Wölfler zählt aus der ganzen Literatur nur sieben Fälle auf. —

Die kurze Discussion förderte nichts Berichtenswerthes zu Tage. Im obigen kurzen Auszug ist nur der hervorragendsten Punkte gedacht; die in ihrer Art sämmtlich sehr ungewöhnlichen Fälle sollten von Interessenten im Original verfolgt werden. AUTOREFERAT.

105) **D. Newman** (Glasgow). **Bemerkungen über sieben Fälle von Larynxkrebs. (Observations on seven cases of cancer of the larynx.)** *Glasgow Med. Journal. Februar 1888.*

Wie alle Arbeiten von N., so ist auch diese sorgfältig und kritisch geschrieben. Es ist jedoch in einem Referat über solch eine Arbeit nur möglich, auf solche Punkte hinzuweisen, die etwas besonders Neues oder Wichtiges enthalten.

Der erste Fall ist hochinteressant. Ein kleines Epitheliom erschien zuerst auf dem linken falschen Stimmband, welches, indem es bei der Phonation gegen eine entsprechende Stelle der gegenüberliegenden Seite des Larynx stiess, zunächst eine Hyperämie und hernach ein Epitheliom hervorrief. Wir hätten hier demnach einen Fall von Selbstübertragung des Krebses im Larynx. Es ist dies der dritte Fall, den N. gesehen hat.

Verf. berichtet uns ferner, dass der Patient, bei dem er mit günstigem Erfolge die Laryngectomie ausgeführt hatte, 1886 gestorben sei, d. h. 21 Monate nach der Operation. Todesursache war Abzehrung in Folge von Secretabsonderung eines erweichten Halstumors. (Also wohl Recidiv? Red.) Mc. BRIDE.

106) **Devos. Kehlkopfkrebs, Demonstration. (Cancer du larynx présenté à la Société Anatomo-Pathologique de Bruxelles. Séance du 4. mars 1888.)** *La Presse Médicale Belge. No. 12. 1888.*

Vollständig hemilaterales Auftreten des Larynxkrebses. BAYER.

107) **Houtang. Präparat eines Larynxkrebses. (Pièce d'un cancer du larynx.)** *Soc. anatom. de Paris. 16. December 1887.*

Der Titel besagt, worum es sich handelt. E. J. MOURE.

108) **Dundas Grant** (London). **Kehlkopfkrebs. (Laryngeal cancer.)** *Brit. Med. Journal. 19. Mai 1888.*

Demonstration eines tracheotomirten Kranken vor der Hunterian Society of London am 25. April 1888. Typischer Fall. Nichts Besonderes. SEMON.

109) **G. H. Palmer. Larynxkrebs. (Carcinoma of the larynx.)** *California Homoeopathist San Francisco. Jan. 1888.*

Bericht über einen Fall, bei dem die partielle Laryngotomie und Tracheotomie ausgeführt worden war. Der Tumor nahm die linke Seite des Larynx ein und hatte das linke Taschen- und Stimmband, die Aryepiglottisfalten und den Interarytaenoidalraum ergriffen. Seit mehreren Wochen wurde der Patient hauptsächlich durch die Magensonde ernährt, daneben durch Rectalclystiere. Fünf Monate nach der Operation zeigte sich noch kein Recidiv; der Patient trägt eine Tracheotomiecanüle und befindet sich sehr wohl. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

110) **Tillaux** (Paris). **Exstirpation des Larynx. (Exstirpation du larynx.)** *Acad. de méd. de Paris. 22. Sept. 1887.*

Bei der Vorstellung eines tracheotomirten Patienten bringt T. diese Frage zur Discussion, indem er erklärt, dass er, nach dem, was er gesehen hat, die Tracheotomie allein der Exstirpation des Kehlkopfs vorziehe.

Richet und Verneuil unterstützen die Ansicht Tillaux's und meinen, dass die Tracheotomie genüge, wobei Jeder 2 Fälle zur Stütze seiner Meinung anführt.

L. Labbé, welcher die Exstirpation des Kehlkopfs gemacht hat, erkennt zwar an, dass eine solche Ansicht sich rechtfertigen lässt, erklärt sich jedoch hiermit nicht einverstanden. Er glaubt vielmehr, dass man frühzeitig operiren müsse, ebenso wie man dies beim Krebs anderer Organe thue. Diese Anschauung ist um so mehr zu vertheidigen, als es sehr viele Fälle von Heilung in der Wissenschaft gäbe. E. J. MOURE.

111) **Riegner** (Breslau). **Offener Brief (Kehlkopfkrebs betreffend).** *Breslauer ärztl. Zeitschr. No. 5. 1888.*

R. berichtet über einen von den politischen Blättern frühzeitig ausposaunten Fall von Kehlkopfexstirpation. Es handelte sich um einen 60jährigen Mann, bei welchem wegen der hochgradigen Schwellung der aryepiglottischen Falten eine sichere Diagnose nicht gestellt werden konnte. Erst als in Folge der drohenden Athemnoth die Tracheotomie ausgeführt war und späterhin neben der Trachealfistel ein harter Knoten sich zeigte, der exstirpirt und microskopisch untersucht wurde, wurde die Diagnose eines Carcinoms sicher. Es wurde nun die Totalexstirpation des Kehlkopfs vorgenommen, der Kehldeckel zurückgelassen, aber ein Theil des Pharynx und das oberste Stück der Speiseröhre mitweggenommen. Der Patient überstand die Operation gut. (Der Bericht rührt vom 3. Tage nach der Operation her.) SEIFERT.

112) **G. Caccioppoli** (Neapel). **Bemerkungen zur ersten Larynxexstirpation in Neapel. (A proposito della prima estirpazione del laringe eseguita in Napoli.)** *Progresso Medico. 1. März 1888.*

Eine 62 Jahre alte Frau, welche an Sarcom der Schilddrüse litt, war zwei



Mal operirt worden; Recidive auf (? Red.) dem Larynx und der Trachea. — Exstirpation des Larynx mit sechs Ringen der Trachea. Nach der Operation befindet sich die Patientin wohl. Nur einen Tag hatte sich die Temperatur auf 38⁰ erhoben.

Ich kann heute hinzufügen, dass Patientin bereits gestorben ist, und zwar 39 Tage nach der Operation an einer Neubildung in den Wundgeweben und an Marasmus. — Es ist dies die 13. in Italien ausgeführte Larynxexstirpation.

F. CARDONE.

113) **Caselli** (Azzio). **Exstirpation des Larynx, Pharynx, der Zungenbasis und sämmtlicher Weichtheile des Gaumens. Heilung. (Exstirpation du larynx, du pharynx, de la base de la langue et de toutes les parties molles du palais. Guérison.)** *Gaz. méd. de Paris. No. 1. 7. Januar 1888.*

Es ist die Uebersetzung einer bereits veröffentlichten Beobachtung. Verf. hatte den Patienten auf dem Congress zu Mailand 1880 vorgestellt.

E. J. MOURE.

114) **Maydl** (Wien). **Die Prognose bei der Kehlkopfexstirpation.** *Internat. klin. Rundschau. No 4. 1888.*

M. erwähnt zunächst der Tabellen von Hahn und Böhmer, von denen die letztere 92 Fälle von Totalexstirpation umfasst, darunter 80 wegen Carcinom. M. stellt nun 3 Fragen in Bezug auf die Erfolge der Operation: 1. Wie viele Menschen sterben in den ersten Wochen nach der Operation? Böhmer giebt 32 Fälle, also 40 pCt. an. 2. Wie viele bekamen Recidiven? und 3. Wie viele blieben geheilt? Auf diese zwei letzteren Fragen kann die Antwort nur unvollständig sein; 20 werden als geheilt hingestellt, die übrigen aber erlagen der Recidive, oder es fehlen weitere Nachrichten über sie. Aber selbst von den 20 liess sich nur bei 6 das Fehlen der Recidive nach 14 bis 19 Monaten nachweisen. M. berichtet nun über einen seiner Fälle, bei dem erst 25 Monate nach der Operation die Recidive auftrat, so dass die obigen 6 Fälle noch nicht sicher vor Recidive angesehen werden können. Hahn allein hat einen Fall von Heilung seit 7 Jahren, und der von Störk und Gersuny operirte Fall ist nach 34 Monaten ohne Recidive. M. formulirt seine Ansicht dahin, dass man ebenso wie bei anderen Krebsexstirpationen 3 Jahre der Recidivfreiheit als Forderung für dauernde Heilung bei Kehlkopfkrebs aufstellen müsse.

CHIARI.

115) **Störk** (Wien). **Zur Erklärung des Shock nach der Larynxexstirpation.** *Wiener med. Wochenschr. No. 12. 1888.*

Einige Beobachtungen, dass nach Larynxexstirpation trotz aller Cautelen manchmal der Tod in Folge von Herzlähmung nach vorausgegangenen stürmischen Herzactionen eintrat und zwar 1 bis 2 Tage nach der Operation, veranlassten St., sich näher mit der Innervation des Herzens zu beschäftigen. Unter besonderer Rücksichtnahme auf anatomische, physiologische und experimentelle Arbeiten über dieses Thema macht er darauf aufmerksam, dass manchmal die vom Vagus abgehenden Depressoren oder Regulatoren der Herzthätigkeit mit den Nervi laryngei superiores zum Kehlkopfe ziehen und der Trachea entlang bis zum Herzen gelangen. In solchen Fällen können dann bei Totalexstirpation des Larynx durch Verletzung der beim oberen Horn des Schildknorpels eintretenden Nerven auch die



Herznerven getroffen werden. Es sollte daher der Kehlkopf von der Rachenfalte aus mit grosser Vorsicht abgetrennt werden, und sollte sich der Operateur ganz nahe am Knorpel halten. Natürlich ist diese Gefahr der Durchschneidung der Nervi cardiaci nur bei der obigen Abnormität vorhanden, für deren Vorhandensein es aber keine Kennzeichen giebt. Jedenfalls ist daher St.'s Vorschlag beherzigenswerth und wäre es nur zu wünschen, dass weitere Untersuchungen über die Nervi cardiaci angestellt würden.

CHIARI.

116) **Weill. Ictus des Larynx. (De l'Ictus laryngé.)** *Province méd. 3. October 1887.*

Nach einer Geschichte dieser Frage berichtet W. die Beobachtung bei einem 45jährigen Potator. Derselbe hatte vor 8 Jahren einen Anfall von Asthma und seitdem heftige Hustenanfälle von echter Asphyxie begleitet. Andere Male folgte dem Husten Verlust des Bewusstseins; gleichzeitig hörte er im rechten Ohr ein Wasserfallgeräusch, und in der rechten oberen Extremität zeigten sich clonische Bewegungen.

W. versucht sodann die Erklärung dieses Schwindels und erinnert an die Untersuchungen von Vulpian, Rosenthal, Franck, Brown-Séquard über die Sensibilität der Kehlkopfschleimhaut. Sich stützend auf letztere Autoren meint er, dass der Ictus seine Erklärung finde in einer physiologischen Eigenthümlichkeit der Stimmbandschleimhaut, beeinflusst durch verschiedene krankhafte Zustände. Der Ictus wird bei Asthmatikern, Tabetikern, bei Leuten, die an Kehlkopfpolypen leiden etc. beobachtet.

Die Prognose hängt von der Affection ab, welche den Schwindel verursacht.

Die Behandlung besteht in Revulsivis, Cocain, Bromsalzen etc.

Es ist nur zu bedauern, dass der Verf. nicht daran gedacht hat, den Zustand der Nasenschleimhaut anzugeben, welcher vielleicht das Asthma. den Schwindel und das Ohrensausen erklärt hätte, um dieses so verdächtige Organ auch auszuschliessen.

E. J. MOURE.

117) **E. Labbé. Behandlung des Stickhustens. (Traitement de la coqueluche.)** *Soc. de thérap. 25. Mai 1887 und Progrès méd. 16. Juli 1887.*

Verf. pinselt die Larynxschleimhaut mit einer Lösung von Jodtinctur (1:10) und sieht hierdurch die paroxysmalen Hustenanfälle schnell verschwinden. In einer Praxis von 33 Jahren hat er stets auf diese Weise gute Resultate erzielt.

E. J. MOURE.

118) **E. Fränkel (Hamburg). Ueber Tracheal- und Schilddrüsensyphilis.** *Deutsche Med. Wochenschr. No. 48. S. 1035. 1887.*

In einem sehr interessanten Aufsatz wird zunächst ein Fall ausführlich mitgetheilt, in welchem gummöse Processe der Trachea, wie die Section zeigte, nicht zu einer Stenose geführt hatten. Eine im Leben bestehende linksseitige totale Stimmbandlähmung rührte, wie die Section ebenfalls mit Sicherheit ergab, nicht von einer vorhandenen Spitzenaffection, sondern von Peribronchitis und Peritracheitis her, die ebenso, wie die gummösen Processe der Trachea intra vitam latent verlaufen waren, aber den Recurrens in die entstehende Schwielenbildung

mit hineingezogen hatten. Diese Art der Entstehung von Stimmbandlähmungen wird bei Syphilitischen künftighin mit erwogen werden müssen. Im Anschluss daran wird ein Fall von Communication zwischen Oesophagus und Trachea aus der Beobachtung von Curschmann mitgetheilt, in welchem die ulcerösen Processe der Trachea direct sich auf den Oesophagus ausgedehnt hatten. Was die Schilddrüse anlangt, so kommen gummöse Erkrankungen dieses Organs überhaupt nur selten, bei hereditärer Syphilis anscheinend häufiger, als bei acquirirter, immer neben visceraler Syphilis vor. Sie weichen in nichts von den sonstigen gummösen Bildungen ab und bilden selten grössere, meist kleinere Knoten. Klinisch scheinen sie keine Symptome zu veranlassen. B. FRAENKEL.

119) **Netter. Lungengangrän nach Perforation des Oesophagus in Folge von Ausstossung einer Bronchialdrüse. (Gangrène pulmonaire déterminée par une perforation oesophagienne consécutive à l'élimination d'un ganglion bronchique.)** *Progrès méd. 1. Jan. 1887.*

Der Titel besagt, worum es sich handelt. E. J. MOURE.

f. Schilddrüse.

120) **O. Grützner (Tübingen). Zur Physiologie der Schilddrüse.** *Deutsche Med. Wochenschr. No. 32. S. 715. 1887.*

Orientirender Aufsatz, der zu dem Schluss gelangt: „Die Schilddrüse bereitet gewisse Stoffe, die für die Ernährung des Hirns nothwendig sind, beziehungsweise zerstört gewisse Stoffe im Blute, die das Gehirn schädigen und krank machen. B. FRAENKEL.

121) **Fredericq. Schilddrüse; Physiologie. (Thyreide, physiologie.)** *Dict. Encycl. des sc. méd. Paris. 3. Serie. T. XVII.*

Ein Artikel, der das wiederholt, was man über diese Frage weiss und dem heutigen Stande der Wissenschaft entspricht. E. J. MOURE.

122) **De Burine. Ueber die Abhängigkeit des Kropfes von der Schwangerschaft und Entbindung. (Du goitre dépendant de la grossesse et de l'accouchement.)** *Arch. de Tocol. et des mal. des femmes. 15. Jan. 1887.*

Auszug aus der These B.'s über diesen Gegenstand; bereits 1886 referirt (vide Centralblatt III, p. 466). E. J. MOURE.

123) **Folinea. Chirurgische Behandlung des Kropfes. (Du traitement chirurgical du goitre.)** *La méd. contemp. No. 6. 1887.*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

124) **Orsel. Ueber Kropfexstirpation. (Sur l'exstirpation du goitre.)** Soc. des sc. méd. de Lyon in *Lyon méd. 20. Sept. 1887.*

O. demonstrirte einen Kropf im Gewicht von 750 Grm., welcher von Poncet exstirpirt worden war. Dieser Chirurg ist Anhänger der grossen Incisionen in

T-form, und wenn Suffocationsanfälle vorhanden sind, dann exstirpirt er den Tumor im Ganzen, trotz der Aussicht auf Myxoedem. Es entsteht, selbst ohne Läsionen des Recurrens, eine Aphonie, welche 4—6 Monate dauern kann. Seine operirten Patienten bekamen alle ihre Stimme wieder und befinden sich wohl.

E. J. MOURE.

125) **Broca. Exstirpation der Schilddrüse. (Thyroidectomie.)** *Dict. Encyclop. des sc. méd. 3. Serie. T. XVII*

B. setzt die verschiedenen angewandten Methoden auseinander; es folgt ein vollständiges Literaturverzeichniss über diese Frage.

E. J. MOURE.

126) **Anger** (Paris). **Exstirpation der Schilddrüse. (Ablation du corps thyroide.)** *Soc. de chir. Paris. 9. März 1887.*

A. zeigte einen Kropf von rapider Entwicklung (2 Monate). Zur Zeit der Operation maass er in seinem mittleren Theil 42 Ctm. und hatte Respirations-, Sprach- und Circulationsstörungen etc. hervorgerufen. Der exstirpirte Tumor wog 489 Grm., und zwar war es ein Colloidkropf. Patientin starb am folgenden Tage comatös, ohne dass eine Blutung oder Respirationsstörung eingetreten war. Keine Verletzung des Recurrens oder des Oesophagus.

E. J. MOURE.

127) **Girard. Exstirpation eines Cystenkropfs. (Excision d'un goitre kystique.)** *Journ. de méd. et pharm. de l'Isère. T. XI. p. 49. 1887.*

Der Titel besagt, um was es sich handelt.

E. J. MOURE.

128) **Dubrueil. Cystenkropf, Basedow'sche Krankheit, Heilung. (Goitre kystique, maladie de Basedow, guérison.)** *Gaz. méd. de Paris. 20. Aug. 1887.*

D. behauptet, dass die Jodinjectionen oft wirkungslos, die Drainage gefährlich ist, während der active chirurgische Eingriff Heilung herbeiführt. Ebenso wurden die Erscheinungen des Exophthalmus und der Herzpalpitationen in den von ihm berichteten Fällen nach der Operation gebessert.

E. J. MOURF.

129) **Ormsby. Basedow'sche Krankheit; Angina pectoris. (Goitre exophthalmique; angine de poitrine.)** *Lyon méd. 9. Jan. 1887.*

Der Titel besagt, um was es sich handelt.

E. J. MOURE.

130) **Liégeois. I. Verschiedene Symptome der Basedow'schen Krankheit. (Des differents symptomes du goitre exophthalmique.)** *Rev. méd. de l'Est. Juni 1887.*

II. Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Traitement du goitre exophthalmique.) *Revue génér. de Clin. et de thérap. No. 30, 31, 39, 41 und 42. 1887.*

L. empfiehlt die hygienische Behandlung, welche darin besteht, dass man den Kranken üblen geistigen und Witterungseinflüssen entzieht.

Bekämpfung der Symptome mittelst Digitalis (Asystolie), Brom und Extr. [illegible], Strychnin und Antipyrin. Belladonna passt für profuse Schweisse; Aconit und [illegible] für periphere, schmerzhafte Symptome. Eis und die Hydrotherapie finden gleichfalls ihre Indicationen. Gegen die Paroxysmen wendet man Morphium, Aether, Amylnitrit und die Nervulsiva an.

L. bespricht sodann die Mittel, welche bestimmt sind, die störenden Symptome, wie Exophthalmos etc., zu bessern. Gegen Schlaflosigkeit empfiehlt er Urethan an Stelle von Chloral.

Die pathogenetische Behandlung wird besonders in Revulsivis am loco dolenti: Regio cervico-dorsalis bestehen (Glüheisen, Vesicator, Eis etc.). Die ätiologische Behandlung endlich wird sich gegen die muthmassliche Ursache des Leidens richten: Anämie, Neuropathie, Scrophulose. Er berichtet bei jedem dieser Zustände die verschiedenen Mittel, welche zu seiner Bekämpfung angewandt werden.

Eine sehr methodische und wissenschaftlich gründliche Arbeit.

E. J. MOURE.

131) **Descroizilles. Beitrag zum Studium der Basedow'schen Krankheit. (Contribution à l'étude de la maladie de Graves.)** *Thèse de Paris. 1887.*

Nicht zu beschaffen. E. J. MOURE.

132) **Landouar. Eine Beobachtung von Myxoedem. (Une observation de myxoedème.)** *Thèse de Paris. 1887.*

Verf. giebt eine allgemeine Beschreibung des Myxödems: seine Geschichte, Symptome, Verlauf etc. Er berichtet einen Fall dieser Affection und führt dessen Aetiologie auf Malariaeinflüsse zurück. Nichts Neues zu verzeichnen.

E. J. MOURE.

g. Oesophagus.

133) **R. de la Sota (Sevilla). Einkeilung eines Knochens im oberen Drittel des Oesophagus. Oesophagotomia externa, Heilung. (Un os enclavé au 1/3 supérieur de l'oesophage. Oesophagotomie externe, guérison.)** *Revue mens. de laryngologie etc. September 1887.*

Verf. berichtet eine Beobachtung bei einer Nonne, welche einen Hühnerknochen verschluckt hatte und bei der wiederholte Extractionsversuche vergeblich gemacht worden waren. Die Oesophagussonde drang nur bis zu einer Entfernung von 19 Ctm. von der Zungenbasis vor. 20 Tage nach dem Unfall wurde die äussere Oesophagotomie gemacht. Die Haut und die Aponeurose wurden mit dem Bistouri durchschnitten, das Gewebe mit dem Finger gespalten, der Oesophagus über der Magensonde eröffnet. Der Knochen wurde mit einer gekrümmten Zange extrahirt. Der Oesophagus wurde nicht genäht, sondern man begnügte sich, die Wunde mit Salicylwatte zu tamponiren. Die Sonde konnte nicht liegen gelassen werden. Nach Ansicht des Verf.'s wäre sie übrigens eher nachtheilig als nützlich gewesen. Die Heilung erfolgte sehr schnell; es blieb nur eine kleine Fistel zurück, deren Schliessung man durch eine Injection von Zinkchlorid zu 70 pCt. erreichte.

E. J. MOURE.

134) **A. Alsberg (Hamburg). Künstliches Gebiss im Oesophagus. Oesophagotomie. Heilung.** *Deutsche Med. Wochenschr. No. 39. S. 854. 1887.*

Bei einem 32jährigen Manne. Empfehlung der Naht der Oesophaguswunde.

B. FRAENKEL.

135) **Tissier. Strictur des Oesophagus und Tuberculose. (Rétrecissement de l'oesophage et tuberculose.)** *Annales de mal. de l'oreille etc. Nov. 1887.*

Diese Form der Strictur ist schwer zu erkennen. Sie kommt im Alter von

... Krebs. Athemnoth und Schlingbeschwer- ... Lungentuberculose ist auch ein Hinweis ... pathologisch-anatomisch findet man im ... der Tuberculose. Die Affection geht ... auf den Verdauungskanal über.

E. J. MOURE.

... Tod durch Pleuritis. Perforation. *1887.*

... Monate zuvor Schwefelsäure geschluckt ... strictur auch mit der Sonde behandelt ... innerhalb 36 Stunden zum Tode ... Stricturen der Speiseröhre, ... Pleuritis war vielmehr durch eine ... aus dem Mediastinum in die Pleura

B. FRAENKEL.

... Oesophage. Soc. des sc. méd.

E. J. MOURE.

... zur Behandlung carcinomatöser ... *1887.*

... in zwei Fällen. Die Er- ... Die Behandlung ... werden genaue Vor- ... auf das Original verwiesen

B. FRAENKEL.

... (Un cas de résection de

... wegen Carcinom operirt

E. J. MOURE.

... Gesellschaft.

... und Hayes, durch deren ... aus derselben ausgeschieden ... wegen der früheren Resignation ... August, dass in der Verstands- ... gesuche vorgelegen hätten. — ... die sich in die betreffende Mit- ... zu berichtigen. Statt Percy ... Bond Band, statt Zewell

･
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang V. Berlin, October. 1888. No. 4.

I. Die Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopf-Geschwülste in bösartige, speciell nach intralaryngealen Operationen.

Ergebnisse der Sammelforschung.

(Fortsetzung.)

So lagen die Dinge, als das „British Medical Journal" am 28. Mai 1887 einen durch die Krankheit des deutschen Kronprinzen angeregten ersten Leitartikel brachte, in welchem der folgnde bemerkenswerthe Absatz vorkommt: „Wie gutartig auch immer eine Geschwulst sein mag, sie ist stets einer Veränderung ihres Charakters unter dem Einflusse zunehmenden Alters oder anderer Umstände ausgesetzt. Es liegt Grund vor, dass diese allgemeine Angabe mit mehr als gewöhnlichem Nachdruck (!) auf Kehlkopfneubildungen Anwendung findet, die der wiederholten Reizung unterworfen worden sind, welche vom Gebrauche der Zange untrennbar ist. Nur äusserst selten kann ein deutlich gestieltes Papillom vollständig entfernt werden und selbst dann erfordert der Stumpf weitere Behandlung. Sessile Geschwülste können niemals gründlich mit der Zange entfernt werden. und selbst mit den besten, modernen Verbesserungen der galvanokaustischen Methode und der Hilfe von Cocain ist die Operation äusserst schwierig, erfordert häufige Wiederholung und kann nur selten so vollständig sein, dass sie Recidive verhütet. Es ist klar, dass Alles dieses nicht ohne einen beträchtlichen Grad von Reizung sowohl der Geschwulst selbst wie ihrer empfindlichen (delicate) Umgebung geschehen kann, so dass man sich nicht wundern darf, dass Kehlkopfneubildungen, welche anfänglich keine Spur von Bösartigkeit zeigten, schliesslich oft (!) bösartig werden."

Wir haben uns an dieser Stelle nicht mit den zahlreichen anderen, höchst eigenthümlichen Ansichten über die Pathologie der Kehlkopfneubildungen und das Können der intralaryngealen Chirurgie zu beschäftigen, an denen die wenigen eben citirten Zeilen so reich sind. Hier interessirt uns nur. dass die niemals bewiesenen Behauptungen hinsichtlich des specifischen Einflusses intralaryngealer

Operationen auf die Umbildung vorher gutartiger Kehlkopfgeschwülste nunmehr an autoritärer Stelle im Lichte feststehender Thatsachen wiederholt wurden.[1])

Dem Herausgeber des Centralblatts ebenso wie Mr. Butlin erschien es, angesichts der mit Sicherheit vorauszusehenden, bedauerlichen Folgen dieser Popularisirung von Ansichten, welche ebensowohl den Thatsachen, wie den Interessen Tausender von Kranken und der Wissenschaft zuwiderlaufen, als eine Pflicht, auf das Energischste gegen die Ausführungen des Leitartikels zu protestiren. Dies geschah in zwei an den Redacteur des British Medical Journal gerichteten Zuschriften, die in der Nummer desselben vom 4. Juni 1887 veröffentlicht wurden.

Der Semon'sche Brief stellt im Eingange die sonstigen merkwürdigen Behauptungen des obigen Citates richtig und wendet sich dann sofort zur Frage der angeblichen „speciellen" Neigung gutartiger Kehlkopfgeschwülste, in Folge der vom Gebrauch intralaryngealer Instrumente untrennbaren Reizung bösartig zu werden. Er verlangt auf das Entschiedenste Beweise für diese Behauptung, nicht phrasenhafte Wiederholung derselben in anderen Worten, und motivirt die Entschiedenheit seines Auftretens damit, dass diese schädliche Behauptung bereits früher aufgestellt, aber niemals durch Beweise unterstützt worden sei. Es sei Zeit, dass diese Frage endlich gelöst werde, denn, wenn die Behauptung begründet sei, so bedeute dies nach seiner, Semon's, Ansicht, einfach den Todesstoss für die intralaryngeale Chirurgie! Ihm wenigstens sei es unverständlich, wie ein gewissenhafter Mann je eine Zange in den Kehlkopf einführen könnte, wenn er berechtigten Grund zu der Befürchtung habe, dass er durch seinen Eingriff den gutartigen Charakter einer Geschwulst in einen bösartigen verwandeln könne. Dies sei ein Punkt von höchster Bedeutung.

Aber noch einmal frage er: wo seien die Beweise für diese Behauptung? Er leugne gewiss nicht die Möglichkeit eines Ueberganges gutartiger in bösartige Geschwülste, und ebensowenig wolle er einen Einfluss fortgesetzter Reizung auf die Entstehung heteroplastischer Neubildungen in Abrede stellen; einerseits aber habe er bereits vor 8 Jahren statistisch ermittelt, dass der Uebergang gutartiger in bösartige Kehlkopfgeschwülste ein äusserst seltenes Vorkommniss sei; zweitens sei es ganz und gar nicht bewiesen, dass selbst in diesen beiden Fällen die bösartige Transformation die Folge der Operation gewesen sei; drittens sei nicht abzusehen, warum, wenn lange fortgesetzte und oft wiederholte Reizung allein genüge, bösartige Neubildungen zu produciren, nicht in allen Fällen multipler recidivirender Papillome des Kehlkopfs, welche der energischsten, andauerndsten und oft wiederholten operativen Behandlung unterworfen worden seien, schliesslich epitheliomatöse Veränderungen eintreten sollten?

Die Frage wird durch Heranziehung der Entstehungsgeschichte bösartiger

---

[1]) Es ist eine erfreuliche Pflicht für uns zu constatiren, dass nach der vorläufigen Publication der Resultate der Sammelforschung in der Juli-Nummer des Centralblatts das British Medical Journal sich beeilt hat, dieselben nicht nur in extenso wiederzugeben, sondern auch in einer redactionellen Notiz rückhaltslos sein Bedauern darüber auszusprechen, dass es gegentheilige Angaben ex cathedra verbreitet habe (vgl. Brit. Med. Journal. 14. July 1888). Red.



Geschwülste in anderen Theilen des Körpers weiter erläutert, und der Verfasser schliesst nach erneuter Betonung seiner vor acht Jahren ausgesprochenen Ueberzeugung, dass zur Entstehung bösartiger Geschwülste oder zum Uebergange gutartiger in bösartige Neubildungen eine dyscrasische Veranlagung erforderlich sei, welche ihren Einfluss schliesslich geltend machen werde, ob nun ein Reiz ausgeübt worden sei oder nicht, — diesen Theil seines Briefes mit folgendem Satze: „Selbst fortgesetzte Reizung gutartiger Neubildungen wird nicht zum Uebergang in bösartige Tumoren führen, ausser wenn eine constitutionelle Tendenz zur Bildung bösartiger Geschwülste vorliegt; ist aber eine solche vorhanden, so wird sie schneller in Action versetzt werden, wennn die vermeintlich gutartige Neubildung lange fortgesetzter und wiederholter Reizung unterworfen wird."

Sei dies nun richtig, so drehe sich die ganze Frage nach der Berechtigung intralaryngealer Eingriffe bei Kehlkopfneubildungen, wie dies auch so sein sollte, um die frühzeitige Differentialdiagnose zwischen gutartigen und bösartigen Tumoren des Organs. Dieselbe sei häufig sehr schwierig und selbst der erfahrenste Laryngolog sei in dieser Beziehung vor gelegentlichen Irrthümern nicht sicher. Es sei unmöglich, in einem Briefe auf alle die Punkte einzugehen, die hier zur Erwägung kommen sollten; es gebe aber eine Reihe von Symptomen. von denen freilich keines an sich entscheidend, jedes aber immerhin bedeutsam sei, und welche, zumal wenn mehrere derselben gleichzeitig vorhanden seien, einem erfahrenen Beobachter sofort den Verdacht auf Malignität nahe legen würden. Aus einer beträchtlichen Erfahrung hinsichtlich gutartiger und bösartiger Kehlkopfneubildungen abstrahire er folgende Anhaltspunkte:

„Wenn im Falle eines Individuums, welches das Alter von 35 Jahren überschritten hat, eine kleine warzige Neubidung auf einem Stimmbande auftritt und bereits zu einer frühen Periode ihrer Existenz intensive Heiserkeit oder selbst Aphonie erzeugt; wenn das Stimmband, dem sie aufsitzt, frühzeitig congestionirt, und noch mehr, wenn seine Beweglichkeit mangelhaft wird; wenn Zeichen von Reizung in der Nachbarschaft vorhanden sind; wenn die Neubildung nach theilweiser oder gänzlicher Zerstörung oder Entfernung sehr schnell recidivirt und rapid wächst —, so sind dies Umstände, welche den Beobachter mahnen sollten, auf seiner Hut zu sein. Die Abwesenheit constitutioneller Symptome schliesst ganz und gar nicht Malignität aus. Es ist für den internen Kehlkopfkrebs charakteristisch, dass er oft genug erst in späteren Stadien Schmerz, Athemnoth, Schlingbeschwerden, Schwellung benachbarter Lymphdrüsen. Cachexie etc. verursacht."

Seien nun die vorher entwickelten Grundsätze richtig, so sei es unter solchen Umständen ein Kunstfehler schlimmster Art, die verdächtige Neubildung durch fortgesetzte Cauterisation oder ähnliche Methoden zu reizen, da, wenn wirklich eine Tendenz zum Uebergange in Krebs vorhanden sei — meistens sei freilich, wie dies weiterhin gezeigt werden würde. die Neubildung von vornherein bösartig —, diese Tendenz durch derartige Massregeln nur verstärkt werden könne.

Unter solchen Umständen komme die probeweise, intralaryngeale Entfernung und mikroscopische Untersuchung eines kleinen Fragments der Neubildung ins Spiel. Zeige letztere die histologische Structur bösartiger Geschwülste, so stehe die Diagnose selbstverständlich fest.

Aber hier wünsche der Verf. wiederum, wie er es bereits im November des Vorjahres in einem vor dem Clinical Society gehaltenen Vortrage gethan habe (Clinical Society's Transactions, Vol. XX, 1887, p. 54), vor dem verhängnissvollen Irrthum zu warnen, dass man aus dem negativen Resultat der mikroskopischen Untersuchung den umgekehrten Schluss ziehen dürfe, dass die Neubildung nicht bösartig und rücksichtsloses chirurgisches Vorgehen im Kehlkopf des Kranken nunmehr erlaubt sei!

Dreimal habe er allein im Verlaufe des letzten Jahres die Gelegenheit gehabt, zu erproben, wie absolut trügerisch ein derartiger Schluss sei. [In allen drei Fällen wurden die mikroscopischen Untersuchungen von zwei der anerkannt vorzüglichsten, englischen pathologischen Anatomen und speciellen Autoritäten auf dem Gebiete der Geschwulstlehre, den Herren Butlin und Shattock ausgeführt.] In dem ersten Falle ergab die erste mikroscopische Untersuchung die Charaktere eines anscheinend gutartigen Papilloms, die zweite, welche an einem nur fünf Tage später entfernten Stückchen vorgenommen wurde (so dass Niemand hier an eine Transformation eines gutartigen Neoplasmas in ein bösartiges denken könne!), die unzweifelhafte Existenz eines theilweise verhornten Epithelioms. — Im zweiten Falle — dem von Mr. Butlin in den Clinical Society's Transactions, Vol. XX, 1887, p. 57 et seq. berichteten — den Semon zu wiederholten Malen als Consultant zu sehen Gelegenheit hatte[1]), waren die Resultate der mikroscopischen Untersuchung anfänglich sehr zweifelhaft und nichts weniger als charakteristisch für Kehlkopfkrebs, und nur die klinischen Erscheinungen erregten von Anfang an Mr. Butlin's Argwohn, einen Argwohn, der erst viel später durch die Untersuchung eines neuerdings entfernten Fragmentes seine Bestätigung fand. — Am wichtigsten aber sei der dritte Fall. In diesem handelte es sich um eine winzige, etwa 0,3 Ctm. im Höhen- und Längsdurchmeser betragende Warze, die Semon von einem Stimmbande eines alten Herrn entfernt hatte. Bei der mikroscopischen, von Mr. Shattock vorgenommenen Untersuchung stellte sich heraus, dass etwa $^3/_4$ des ganzen Objects nichts, als die gewöhnlichen Charaktere entzündlichen Gewebes, nämlich eine enorme Menge kleiner Rundzellen zeigten, dann folgen einige mitten durch dies Gewebe verstreute Epithelproliferationen, und hier und da einige Zellnester, und verschiebt man wiederum das Objectglas ein wenig, so findet man sich plötzlich in der Mitte des denkbarst typischen, verhornenden Epithelioms.

Die praktische Bedeutung dieses Ergebnisses liegt auf der Hand. Angenommen, der winzige Bruchtheil der Geschwulst, welcher diese entscheidenden

[1]) Referate über die beiden Fälle finden sich im Centralblatt Vol. III. p. 454 et seq. Leider ist in denselben mit Rücksicht auf den beschränkten zu Gebote stehenden Raum der im Originalbericht des ersten nachdrücklich betonten Frage nach dem Werth der mikroscopischen Untersuchung in solchen Fällen keine Erwähnung gethan.

Resultate gab, sei im Kehlkopf zurückgelassen worden — und der Verf. brauche wohl kaum zu sagen, dass es sehr viel Glück gewesen sei, dass er ihn zugleich mit dem Rest entfernt habe — so hätte der Ausspruch des pathologischen Anatomen nur dahin lauten können, dass es sich um eine unschuldige entzündliche Neubildung handle. Angenommen nun, der Verf. hätte, auf das mikroscopische Resultat vertrauend, die Basis der Geschwulst cauterisirt oder sonst gereizt — in Wirklichkeit würde er das freilich unter keinen Umständen gethan haben —; angenommen, dieselbe sei recidivirt, es sei wiederum ein Stück entfernt und diesmal seien von dem pathologischen Sachverständigen die Charakteristika des Epithelioms gefunden worden — was wäre das Verdict gewesen?

Dem Leitartikel des British Medical Journal zu Folge sähe der Verf. nur eine Antwort: die nämlich, dass er durch seine fortgesetzte Reizung eine ursprünglich gutartige Neubildung zur bösartigen Degeneration gebracht habe. Und dabei sei die Geschwulst in Wirklichkeit bösartig gewesen, bevor sie je berührt wurde! —

Der Brief fährt nun fort:

„Hier, Herr Redacteur, ist der springende Punkt dieses Briefes. Ich wünsche meine Specialität gegen ungerechte Anklagen zu vertheidigen und blossen Unterstützungsmethoden der Untersuchung, so werthvoll dieselben an sich auch sein mögen, ihre richtige Stellung anzuweisen." —

„Bezüglich des ersten Punktes glaube ich, dass in allen, oder jedenfalls beinahe allen Fällen, in denen eine bösartige Degeneration nach, oder vielmehr in Folge intralaryngealer chirurgischer Behandlung aufgetreten sein soll, das Leiden vom allerersten Anfange an bösartig war und nur nicht als solches erkannt wurde. Mit Bezug auf den zweiten bin ich dem Mikroscop gewiss dankbar für die Hülfe, die es mir oft in schwierigen und zweifelhaften Fällen gegeben hat, aber ich erwarte von ihm nicht, dass es Unmögliches leistet. Der pathologische Anatom kann nur eine Meinung über das ihm unterbreitete Fragment und nicht über die Krankheit geben, an welcher der Patient leidet, ausser wenn er in diesem Fragment positive Anzeichen einer bösartigen Neubidung entdeckt. Angesichts des immerhin auf ein Ungefähr angewiesenen Charakters der intralaryngealen Entfernung, der Thatsache, dass Neubildungen ganz und gar nicht gleichförmig in ihrer Structur zu sein brauchen, des Factums, dass bisweilen papilläre Auswüchse von einer epitheliomatösen Basis entspringen etc. etc., kann das entfernte Stück ohne jede Beweiskraft für den wahren Charakter des Leidens sein, und ist es in der That oft nicht."

Es würde ein schwerer Fehler sein, unter solchen Umständen alle wohlbegründeten klinischen Befürchtungen in den Wind zu schlagen. Die Frage sei parallel der der Untersuchung des Sputum auf Bacillen bei befürchteter Phthise. Auch hier entscheide das positive Resultat die Diagnose, während ein vereinzeltes negatives Resultat ganz und gar nicht zur Vernachlässigung wohlmarkirter, klinischer Symptome berechtige. In beiden Fällen sei Vorsicht und Urtheilskraft

nothwendig. In vielen Fällen bestehe, nach des Verf.'s Meinung, das richtige Vorgehen unter solchen Umständen — auser wenn sich der Charakter der Neubildung in der Zwischenzeit durch andere Symptome erkläre — in der, wenn nothwendig, mehrmals, wiederholten vorsichtigen intralaryngealen Entfernung und mikroscopischen Untersuchung von Fragmenten. Es sei aber nicht möglich, dogmatische Regeln bezüglich dieses Punktes aufzustellen: „Jeder Fall muss individuell beurtheilt werden, und man darf niemals vergessen, dass Zeit in diesen Fällen kostbar ist, und dass durch zu langes Warten die Chancen einer wirklichen Heilung durch die Radicaloperation unwiderbringlich verloren gehen können."

Die Darlegungen des in derselben Nummer des Brit. Med. Journal abgedruckten Butlin'schen Briefes[1]) decken sich fast vollständig mit denen Semon's. Allerdings nehmen seine Ausführungen weit directeren Bezug auf den speciellen Fall des deutschen Kronprinzen, als die des eben analysirten Briefes; er warnt seine Landsleute gegen ein verfrühtes Triumphgeschrei über den vermeintlichen Sieg der englischen über die deutsche Kehlkopfchirurgie, wie es zu jener Zeit von vielen englischen Blättern angestimmt worden war, und verbreitet sich ausführlicher über die derzeit vorgelegenen Gründe zu fortgesetzter Besorgniss. — Was die uns hier beschäftigenden Fragen betrifft, so erklärt er erstens, dass er nicht weiss, woher die Meinung stamme, dass gutartige Kehlkopfneubildungen eine specielle Neigung zu bösartiger Degeneration zeigten. So weit ihm bekannt, liege kein Material vor, welches bewiese, dass eine derartige specielle Neigung existire, während im Gegentheil ein sehr bedeutendes Material vorläge, welches zeige, dass gutartige Kehlkopfpolypen selbst unter starker Provocation nur selten bösartig degenerirten. — Was die zweite Frage, die nach der Beweiskraft der mikroscopischen Untersuchung, anbetrifft, so sagt er wörtlich: „Ich habe, seit ich im Jahre 1883 die Aufmerksamkeit auf die Wichtigkeit der Entfernung und sorgsamen mikroscopischen Untersuchung von Fragmenten zweifelhafter Kehlkopfneubildungen gelenkt habe (Malignant Disease of the Larynx, p. 26 und p. 43), vielfach sowohl in meiner eigenen Praxis, wie in der Anderer Gelegenheit gehabt, solche Fragmente zu untersuchen. Und ich habe gelernt, wie gefährlich und irreleitend es ist, sich auf die Untersuchung eines einzelnen Stückes zu verlassen, ausser wenn die Erscheinungen pathognomonisch für ein Leiden wie den Pflasterzellenkrebs (Epitheliom) sind."

Butlin führt dann weiterhin aus, dass in solchen Fällen mehrfach wiederholte Entfernung und mikroscopische Untersuchung nothwendig ist, und exemplificirt schliesslich seine allgemeinen Erfahrungen auf den Fall des deutschen Kronprinzen.

In der nächsten Nummer des Brit. Med. Journal (11. Juni 1887) tritt Mr. Lennox Browne speciell den auf die Seltenheit der malignen Degeneration gutartiger Kehlkopfgeschwülste bezüglichen Ausführungen Semon's entgegen. Er bringt in Erinnerung, dass er die gegentheilige Ansicht bereits im Jahre 1875 vertreten habe, und verschiebt dann sofort die Basis der ganzen Discussion, indem er erklärt, nicht einsehen zu können, warum der Kehlkopf von der Applica-

1) Derselbe ist zum grösseren Theile in dem officiellen Berichte der deutschen Aerzte über die Krankheit des Kaisers Friedrich III. abgedruckt.

tion des allgemein zugestandenen Princips ausgenommen sein solle, dass es „eine Bösartigkeit der Gewebe gäbe, welche repräsentirt sei durch eine Hartnäckigkeit localer Recidive in Folge localer perverser Entwickelung“. — Sodann geht er dazu über, „Beweise“ für seine Behauptung vorzubringen. Diese Beweise zerfallen in zwei Klassen: in der ersten werden „autoritative Meinungen“ einiger Autoren (Solis Cohen, Fauvel, Gottstein, Seiler) citirt, welche angeblich für Mr. Browne's eigene Anschauungen sprechen: in der zweiten werden einige Fälle von Clinton Wagner, Gussenbauer, Tauber, Fauvel und Newman in grösserer oder geringerer Ausführlichkeit recapitulirt, welche den Uebergang gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige in Folge von intralaryngealen Operationen illustriren sollen. — Da beide Kategorien von Beweisen in der weiterhin berichteten Antwort Semon's auf ihren wahren Werth reducirt werden, ist es unnöthig, die betreffenden Citate und Krankengeschichten hier ausführlich wiederzugeben. Mr. Browne ist überzeugt, nunmehr auf Semon's Herausforderung genügend geantwortet zu haben, überlässt es dem Redacteur und den Lesern des Brit. Med. Journal zu beurtheilen, ob Semon's Behauptung, „dass die Proportion der Fälle bösartiger Degeneration seit der Aufstellung seiner Statistik vor 8 Jahren entweder gar nicht oder nur zum Besseren sich geändert habe“, berechtigt sei, und erklärt, dass Semon's Befürchtung, nämlich dass die Annahme dieser „Möglichkeit“ (possibility) der Verwandelung einer gutartigen in eine bösartige Geschwulst den Todesstoss der intralaryngealen Chirurgie bilden werde, „als eine grobe Uebertreibung abgefertigt werden könne, die keine detaillirte Widerlegung verdiene“. Den Schluss des Briefes bildet eine erneute Apotheose des in der Wissenschaft unleidlichen nationalen Elementes, gegen welches Butlin eben erst Verwahrung eingelegt hatte.

Der Vollständigkeit wegen muss erwähnt werden, dass in derselben Nummer des Brit. Med. Journal ein kurzer Brief von Dr. G. Hunter Mackenzie sich findet, in welchem ebenfalls das negative Resultat der mikroskopischen Untersuchung entfernter Geschwulstfragmente als wenig beweisend erklärt und gleichzeitig behauptet wird, dies sei eine völlig bekannte Sache.

Semon's Antwort auf Mr. Browne's Ausführungen (Brit. med. Journal, 18. Juni 1887) führt vor allen Dingen die Discussion wieder auf den wirklich in Frage stehenden Punkt zurück. Er habe nicht daran gedacht, die „Möglichkeit“ maligner Degeneration gutartiger Geschwülste zu bestreiten, und ebensowenig für den Kehlkopf in dieser Beziehung eine Ausnahmestellung zu postuliren, sondern er habe Beweise für die behauptete „specielle“ Neigung gutartiger Kehlkopfgeschwülste verlangt, in Folge intralaryngealer Operationen sich in bösartige zu verwandeln. Diese Behauptung sei bereits vor Jahren von Mr. Browne in dessen Lehrbuch (The Throat and its Diseases, p. 244) (in der im Beginne dieses Artikels mitgetheilten Form) aufgestellt worden. Mr. Browne habe indessen niemals Beweise für diese Behauptung geliefert und seine Haltung in der ganzen Frage sei den merkwürdigsten Wandlungen unterworfen gewesen. (Dies wird durch die betreffenden Citate der publicirten Aeusserungen des genannten Laryngologen illustrirt.) Jetzt spräche er wieder von einer „Möglichkeit“, wo er früher von „Häufigkeit“ gesprochen habe. Gerade in der Frage der



Häufigkeit läge der Kernpunkt des Streites, denn er, Semon, müsse nachdrücklich wiederholen, was er in seinem ersten Briefe gesagt habe: es sei ihm unverständlich, wie Jemand gewissenhafter Weise fortfahren könne, intralaryngeale Operationen vorzunehmen, wenn er glaube, dass er hierdurch „häufig“ eine gutartige Geschwulst in eine bösartige verwandele. Dass Mr. Browne es eine „grobe Uebertreibung“ nenne, wenn man aus seiner eigenen ursprünglichen Angabe den einzig möglichen Schluss ziehe, dürfe dem Urtheil jedes Lesers überlassen bleiben: es sei in dieser Frage nicht möglich, gleichzeitig mit den Hunden zu hetzen und mit dem Hasen zu laufen!

Die Browne'sche Angabe könne nur durch eine statistische Untersuchung erhärtet werden. Man müsse die Totalzahl aller intralaryngeal operirter Fälle gutartiger Kehlkopfneubildungen annähernd berechnen und dann nachweisen, dass ein gewisser Bruchtheil derselben, welcher den Gebrauch des Wortes „häufig“ zulässig erscheinen lasse — also etwa 20 pCt. oder selbst nur 10 pCt. — innerhalb eines vernünftigen Zeitraumes nach der Operation bösartiger Degeneration verfallen sei.

In wie weit sei Mr. Browne nun dieser billigen Anforderung nachgekommen?

In erster Stelle habe er nicht einmal den Versuch gemacht, Semon's statistische Berechnung zu widerlegen, der zu Folge im Jahre 1878 auf über 500 intralaryngeal operirte Papillome — resp. auf über 1000 intralaryngeale Operationen an gutartigen Kehlkopfneubildungen aller Art — zwei Fälle maligner Degeneration kamen. Wie habe er unter diesen Umständen überhaupt im Jahre 1875 seinen Satz aufstellen können? Oder rechtfertige ein Verhältniss von 2, resp. 1 : 500 den Gebrauch des Wortes „häufig“?

Zweitens suche er jetzt auf Grund neuerer „autoritärer Meinungen“ seinen Satz zu stützen. Semon weist nun nach, dass nicht ein einziger der citirten Autoren (J. Solis Cohen, Fauvel, Gottstein, Bosworth, Seiler) angiebt, dass er selbst je eine derartige Degeneration gesehen habe, und zeigt durch Citate der betreffenden Aeusserungen, dass ihre Angaben sämmtlich darauf hinauslaufen, dass eine gelegentliche Umwandelung gutartiger Geschwülste in bösartige, entweder unter unbekannten Verhältnissen oder unter dem Einflusse traumatischer Einwirkungen, vorkomme, was er nicht allein nicht bestritten, sondern direct zugegeben habe. Aber wo bekräftige einer der betreffenden Autoren Mr. Browne's Angabe hinsichtlich der Häufigkeit des Vorkommnisses, wo fände man es angegeben, dass eine „specielle“ Neigung der Neubildungen des Kehlkopfes existire, in Folge operativer Eingriffe einen bösartigen Charakter anzunehmen?

Drittens habe Mr. Browne von „Thatsachen“ gesprochen. Statt aber eine enorme Quantität neuer oder von Semon übersehener Fälle beizubringen, die seine Behauptung wenigstens nachträglich bekräftigten, habe er in Summa in der ganzen laryngologischen Literatur fünf neue Fälle aufgetrieben.

Und was seien diese Fälle werth? — Der erste (Clinton Wagner's) könne ohne Weiteres zugelassen werden. — Der zweite (Fauvel's) sei, Loewenberg's mikroskopischer Untersuchung zu Folge, a priori bösartig gewesen und

von Fauvel selbst sofort als „sarcome" bezeichnet worden. — Der dritte (Tauber's) sei sehr unvollständig berichtet worden, und es sei aus der Beschreibung durchaus nicht zu entnehmen, ob sich die mikroskopische Untersuchung, von der die Rede sei, auf die intra vitam entfernten Fragmente oder auf die post mortem vorhandene Kehlkopfgeschwulst beziehe. Nichtsdestoweniger wolle er (Semon) Mr. Browne diesen Fall concediren. Andererseits aber seien die beiden letzten von Mr. Browne citirten Fälle (Newman's und Gussenbauer's) für ihn völlig unzulässig. Schon gelegentlich des Fauvel'schen Falles habe er dagegen protestirt, von einer Umwandelung des histologischen Charakters „im Laufe der Behandlung" zu sprechen, während das Recidiv 2½ Jahre später aufgetreten sei. Was solle er nun aber von den Newman'schen und Gussenbauer'schen Fällen sagen, in welchen 5 resp. 10 Jahre nach der intralaryngealen Operation gutartiger Neubildungen Krebs des betreffenden Theiles folgte? Es erschiene ihm einfach monströs, nach dem Verlaufe einer so langen Zeit dem durch den operativen Eingriff gesetzten Reiz die Schuld am Auftreten der malignen Neubildung beizumessen; und er weise dergleichen Fälle einfach zurück. Für ihn illustrirten gerade solche auf's Beste, was er in seinem ersten Briefe von der „dyscrasischen Veranlagung" gesagt habe. Er gebe gern zu, dass dieser Ausdruck nur in sehr unvollkommener Weise unsere Unwissenheit hinsichtlich des wirklichen Vorganges in solchen Fällen bemäntele; wir hätten aber nicht das geringste Recht, den thatsächlich wichtigsten Factor einfach zu ignoriren, weil seine genaue Natur uns noch unbekannt sei.

Mr. Browne's gesammte „Thatsachen" liessen sich also dahin summiren, dass er den zwei zweifelhaften früheren Fällen (Gibb's und Rumbold's) zwei neue angereiht habe, von denen einer, gelinde gesagt, äusserst zweifelhaft sei. Nun wolle er (Semon) ihm selbst weiteres Material liefern: Beschorner habe einen hierher gehörigen Fall veröffentlicht (Berliner klin. Wochenschrift. 1877. S. 187) und Störk desgleichen (Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes. S. 400).

In Summa besässen wir also jetzt sechs Fälle — von denen mehrere zweifelhaft — bösartiger Degeneration von Kehlkopfneubildungen nach intralaryngealen Operationen. Aenderten diese nun die im Jahre 1878 berechnete Proportion?

Mr. Browne, der dies behauptete, schiene zu glauben, dass seit dem Jahre 1878 keine intralaryngealen Operationen mehr ausgeführt worden seien, wenigstens erwähne er derselben mit keiner Silbe. Die Sache läge aber gerade umgekehrt. Diese Operationen seien so alltäglich geworden, dass man die betreffenden Fälle nicht mehr veröffentliche. Um die Gesammtzahl annäherungsweise zu berechnen, müsse man daher an der Hand veröffentlichter Statistiken eine Calculation anstellen. Nun hätten veröffentlicht:

Fauvel (1862—1878)	343
Mackenzie (1862—1880) . . .	223
v. Bruns (1868—1878)	200
Tobold (1861—1874)	70
Störk (1871—1880)	60
Latus . . .	896



H
dr
un
gea
gut
„gr
gal
lass
zu h

erhä
gutar
dass
„häu
inner
ration

komn

tistis
intrala
tionen
Degen
1875
resp. 1

Satz zu
Autoren
giebt,
durch
hinaus
in bös
trauma
dern di
Mr. Br
man es
kopfes
nehmen
Dr
enorme
seine Be
ganzen
U
könne
berg's

Elsberg 300 und
derselben intra-
Berechnung auf der
Operationen alljährlich
hätten, so ergäbe
gegenwärtigen Augenblick
Boecker's 300
ihren zusammen
Erinnere man sich
gesten Laryngologen
hatten und ziehe
Zahl einfach Le-
Betrachtung klar, dass in
Operationen vor-
grösser.
von Mr. Browne's
Interesse, anderer-
häufig als möglich
von 6 Degene-
Verhältniss der Pa-
erfahrensten Autoren
laryngeal ope-

und seine Aufgabe

Wandlungen" Transfor-
laryngealer Operationen
Degeneration auf 500
resp. 1 Fall von

1878 für die Ge-
resp. 1 : ca. 250 in
Fällen aller Arten
habe er. Semon,
test, dass die
häufiger gestaltet habe?
Der Brief schliesst

„So unangenehm mir diese Controverse war, so hoffe ich, dass sie nicht nutzlos gewesen ist. Das lächerliche Missverhältniss zwischen Mr. Browne's Behauptungen und den Thatsachen, auf welche dieselben basirt sind, ist aufgedeckt worden, und dies ist sicherlich ein Gewinn. Es liegt wenig daran, ob Mr. Browne selbst einsieht und zugesteht oder nicht, welch' furchtbare Situation sowohl für den Patienten als für den Operateur geschaffen worden wäre, wenn seine Angaben gerechtfertigt gewesen wären. Der Zweck, den ich im Auge gehabt habe: die Frage der Berechtigung intralaryngealer Operationen in Fällen gutartiger Neubildungen zum Austrage zu bringen — ist vollständig erreicht worden, und ich werde auf weitere Briefe Mr. Browne's nicht antworten, ausser wenn dieselben neue und wichtige Thatsachen bringen."

In derselben Nummer berichtigt Butlin kurz Mr. Browne's Angaben hinsichtlich der in dem Butlin'schen Werke „Malignant Disease of the Larynx" gemachten Bemerkungen über den oben erwähnten Fauvel'schen Fall. Seine allgemeinen Bemerkungen hinsichtlich der Seltenheit des Ueberganges gutartiger in bösartige Geschwülste decken sich durchaus mit denen Semon's.

In der folgenden Nummer (Brit. Med. Journal. 25. Juni 1887) erklärt Mr. Browne mit Bezugnahme auf einen redactionellen Wunsch nach Schluss der Controverse, dass er keine „beinahe auf der Hand liegenden Entgegnungen auf viele Punkte in Dr. Semon's langem Briefe geben wolle". Es sei in der That überraschend, dass Letzterer, Angesichts der vielen Punkte, in welchen er den Warnungen des Leitartikels beistimme (?), welche, wie er gut genug sei anzugeben, auf Mr. Browne's Lehren gegründet seien, es für nothwendig gefunden habe, so viel über die verhältnissmässig untergeordnete (!) Frage der „Häufigkeit" oder den „speciellen" Charakter der in Rede stehenden Neigung zu sagen (!!). Für Mr. Browne genüge es (!), dass Semon sechs berichtete Fälle concedire, und da zweifelsohne viele Fälle von Operationen nicht publicirt worden seien, so sei es kaum fraglich, dass sich unter diesen solche befänden, in welchen bösartige Umwandelung stattgefunden habe. Er wünsche daher, seine Genugthuung (!) darüber auszudrücken, dass die Ansichten, die er zuerst ausgesprochen habe, acceptirt (!!) und in dem von Dr. Semon concedirten Grade durch Fälle bestätigt (!) worden seien. — Der Vorwurf immerwährenden Wechsels der Ansichten berühre ihn nur wenig, da er glaube, dass es keine Schande für einen Chirurgen sei, einen offenen Geist zu besitzen; de facto aber sei seine spätere Aeusserung nur ein „legitimer Zusatz" zu seinem ursprünglichen Dictum gewesen!

Der Brief schliesst:

„Bei einem Rundblick über die Frage kann ich mir wohl denken, dass diese Controverse für Dr. Semon „unangenehm" gewesen ist. Da sie aber auf seine eigene Aufforderung stattgefunden hat, ist nur er selbst für seine unbequeme Lage (discomfort) verantwortlich. Ich theile von Herzen seine Hoffnung — und ich möchte hinzufügen: den Glauben — dass die Discussion „nicht nutzlos gewesen ist.""

Dass auf diesen unglaublichen Brief, der die Ergebnisse der Discussion einfach auf den Kopf stellt, von Seiten Semon's keine Antwort erfolgte, wird wohl



jeder Leser des bevorstehenden Berichtes als selbstverständlich betrachten. Dagegen resumirt ein bis dahin völlig unbetheiligter Zuschauer, Dr. de Havilland Hall, den Eindruck, den er von der Controverse gewonnen hat. in folgendem (in der Nummer vom 16. Juli abgedruckten) Briefe an den Redacteur des British Medical Journal:

„Herr Redacteur!"

„Obwohl Sie die Discussion über intralaryngeale Chirurgie für geschlossen erklärt haben. hoffe ich, dass Sie mir, als Jemandem, der ihr mit grossem Interesse gefolgt ist, gestatten werden, den Eindruck anzugeben, den sie auf mich gemacht hat."

„Mr. Lennox Browne hat entweder absichtlich oder unabsichtlich die von Dr. Semon eingenommene Stellung missverstanden. Der Schlüssel zu der ganzen Frage ist das Wort „häufig", in dem von Mr. Browne gebrauchten Satze: „gutartige Geschwülste nehmen häufig einen bösartigen oder selbst krebsigen Charakter in Folge der durch Entfernungsversuche veranlassten Reizung an". Sicherlich würde, wenn dies der Fall wäre, kein Chirurg die Verantwortung auf sich nehmen, die Entfernung einer Kehlkopfneubildung Angesichts der Möglichkeit anzurathen, dass ein so unglückliches Resultat häufig erfolgte. Da von der Richtigkeit oder Unrichtigkeit dieser Ansicht das Glück und die Erwerbsfähigkeit einer grossen Zahl von Menschen abhängt, so kann es nicht recht sein. Mr. Browne's Ansichten vor die Welt gehen zu lassen, als wenn sie acceptirt worden wären — trotz Ihres eigenen Leitartikels über die Frage."

„Dass dieselben nicht acceptirt worden sind, ist überzeugend demonstrirt durch die immer wachsende Zahl von Chirurgen, die intralaryngeale Operationen unternehmen; dass sie nicht acceptirt werden sollten, ist durch die von Dr. Semon producirten und von Mr. Browne stillschweigend concedirten Zahlen bewiesen, nämlich: 3000 Operationen mit sechs, in denen nach der Operation maligne Umwandlung erfolgte. Auch ist es für mich noch ganz und gar nicht bewiesen, dass selbst in diesen sechs Fällen die bösartige Umwandlung durch die Operation veranlasst war. Im Kehlkopf ebenso wie an anderen Stellen nehmen gutartige Geschwülste bisweilen einen krebsigen Charakter an, nachdem sie viele Jahre bestanden haben und ohne dass je an ihnen operirt worden ist. Stoerk beschreibt zwei Fälle der Art und es ist daher unmöglich zu sagen, in wie weit dieselbe Veränderung nicht auch Platz gegriffen haben würde, wenn die sechs Fälle unoperirt geblieben wären."

„Und nun zum Schlusse ein Wort über die ethische Stelle der Frage. In einer Angelegenheit, die so tief in die Gesundheit und das Glück vieler Menschen eingreift, ziemt es sich für jeden erfahrenen Chirurgen, unter einem ernsten Gefühl von Verantwortlichkeit für alle dogmatischen Angaben zu schreiben, die er machen mag, und ich denke, dass jeder unbefangene Beobachter mit mir darin übereinstimmen wird, dass Mr. Browne's Gebrauch des Wortes „häufig" irreführend ist und dass er, ausser wenn er kräftigeres Beweismaterial beibringen kann, um seinen Gebrauch zu rechtfertigen, als er bis jetzt gethan hat, freimüthig eingestehen sollte, dass die gegenwärtig der medicinischen Welt vor-

... Statistik die Ansicht nicht unterstützt, die er im Jahre 1878 ausge- · hat."

Die Controverse findet dann — soweit das British Medical Journal betroffen damit ihren Abschluss, dass vier Wochen später an der verstecktesten (p. 362) der Nummer vom 13. August folgende redactionelle Notiz er- ..nt:

„Mr. Lennox Browne hat in Beantwortung von Dr. De Havilland ...'s Zuschrift vom 16. Juli einen Brief geschrieben, für den wir keinen Platz ...n können. Mr. Browne acceptirt Dr. Semon's sechs Fälle nicht als eine ..endwie complete Liste derjenigen, in welchen gutartige Kehlkopfgeschwülste, ·einer Operation unterworfen wurden, bösartig geworden sind. Gleichzeitig ..ncht er aber zu sagen, dass er bereits, ehe diese Controverse begann, in der ..ien Auflage seine Buches „The Throat and its Diseases" den in der ersten ..auchten Ausdruck modificirt habe, demzufolge eine solche Degeneration ..ufig" vorkomme, und er meint, dass späteren Erfahrungen zufolge das Wort ..elegentlich" (occasionally) besser die Thatsachen repräsentiren würde."[1])

Nach dem Verlaufe dieser Controverse erschien die Hoffnung wohl gerecht- ..rtigt, dass die Frage nunmehr, wenigstens zeitweise, als erledigt zu betrachten ..in werde. Schon die nächste Zukunft aber sollte zeigen, dass diese Hoffnung ..ne trügerische war. Kaum fünf Wochen nämlich nach dem Schlusse der Dis- ..ussion in England tauchte die Frage auf's Neue in Deutschland auf.

Am 19 September 1887 hielt Prof. Schnitzler (Wien) in der ersten Sitzung der laryngologischen Section der 60. Naturforscherversammlung zu Wiesbaden einen Vortrag „Ueber Umwandlung gutartiger Neubildungen in bös-

[1]) Die zweite Auflage von Mr. Browne's Buch, deren Vorrede vom Juni 1887 (!) datirt ist, liegt vor uns. Im Eingange zu der betreffenden Frage bemerkt er (p. 420), dass er, obwohl noch immer fest überzeugt, dass seine Schlüsse in den Hauptsachen richtig (sound) seien, doch das betreffende Kapitel nicht wieder in extenso reproducire, einerseits der Raumersparniss wegen, andererseits weil seine Warnungen jetzt allgemeiner beherzigt würden (!) und daher keine Nothwendigkeit vorliege, sie zu wiederholen! Dann folgen die im Anfange dieses Artikels angezogenen Thesen völlig unverändert, und die fünfte lautet wie früher (p. 422): „Während primäre bösartige oder krebsige Geschwülste im Kehlkopf selbst selten sind, nehmen gutartige Geschwülste „nicht selten" (not unfrequently) einen bösartigen oder selbst krebsigen Charakter in Folge des durch Entfernungsversuche gesetzten Reizes an." Soweit also kann von einer Modification nicht die Rede sein. — Die in der ersten Auflage folgende, oben citirte Argumentation fällt dann fort, und statt ihrer heisst es nunmehr: „Diese Bemerkung ist diejenige, gegen welche vor allen anderen Opposition erhoben worden ist. Sie hat indessen seitens Solis Cohen's, Tauber's und anderer, und besonders in der Krankengeschichte eines Patienten, dem der verstorbene Dr. Foulis den Kehlkopf excidirte, Unterstützung gefunden." Folgt eine vier Zeilen lange Beschreibung des betreffenden, oben erwähnten Falles, in dem Sir Morell Mackenzie ein Papillom fünf Jahre vor der Entwicklung eines Epithelioms entfernte! — Das Wort „occasionally", das jetzt (1887) nach Mr. Browne's Erfahrungen die Thatsache besser repräsentiren würde, ist in dem einschlägigen Passus nicht zu finden! — Der einzige Unterschied von der ersten Auflage ist also der, dass die Argumentation, in der das Wort „häufig" gebraucht wurde, fortgelassen worden ist! — — Red.



artige" [1]), in welchem er über drei einschlägige Fälle berichtete, die sich in seiner eigenen Praxis zugetragen hätten. In der Discussion über den Vortrag erwähnte Seifert (Würzburg) zweier, Morelli (Budapest) eines analogen Falles. — In demselben Monat beschrieb Beschorner [2]) einen weiteren Fall. — Hier ist es auch unsere (Semon's) Pflicht, eines älteren einschlägigen Falles zu gedenken, den wir zur Zeit der Controverse übersehen und erst nachträglich ausfindig gemacht haben. Es ist der von V. v. Bruns und Boecker beobachtete, von Paul Bruns beschriebene. [3])

Die neuen Beispiele würden, wenn sämmtlich unanfechtbar, die Gesammtzahl der berichteten malignen Degenerationen auf 14 bringen und die Proportion — vorausgesetzt, dass die Gesammtzahl der intralaryngealen Operationen der Schätzung des Herausgebers (s. oben) entsprochen hätte — beträchtlich verschieben.

Freilich wäre selbst dann noch das Verhältniss der Degenerationen zur Gesammtzahl der operirten Fälle ein verschwindend kleines; freilich hatte schon Gottstein in der Discussion über die Schnitzler'schen Fälle dagegen gewarnt, aus der laryngoskopischen Untersuchung auf eine Umwandlung gutartiger Neubildungen in bösartige zu schliessen, — aber es war nach den bis dahin gemachten Erfahrungen fast mit Sicherheit vorauszusehen, dass aus den neuen Berichten Capital für die Ansichten der Opposition geschlagen werden würde.

Diese Voraussicht sollte sich nur zu bald bestätigen. Mr. Browne nahm die Frage von Neuem auf. Aber er wechselte nunmehr das Terrain und machte für seine Ansichten unter dem Laienpublikum Propaganda. Nachdem er in einem an den Redacteur der „Times" gerichteten und in der Nummer vom 21. October veröffentlichten Briefe erklärt hatte, dass „klinische und symptomatische Zeichen wie nichts (!) seien, wenn sie mit den vom Mikroskop einem so erfahrenen Auge (wie Virchow's) erschlossenen Thatsachen verglichen würden", und hierdurch — ganz abgesehen von der in diesem Dictum enthaltenen Herabwürdigung der klinischen Medicin und seiner eigenen Specialität — das Laienpublikum über die Bedeutung solcher partieller mikroskopischer Untersuchungen nach alledem, was eben erst über diesen Punkt in der Discussion im British Medical Journal auseinandergesetzt worden war, vollständig irregeführt hatte, — richtete er am 10. November an den Redacteur der „Pall Mall Gazette" ein Schreiben, in welchem er seinen alten Satz mit der neuen Modification wiederholt, auch sonst auf die angeblichen Gefahren intralaryngealer Operationen eingeht und nunmehr bereits die Schnitzler'sche Mittheilung zur Bestätigung seiner eigenen Ansichten verwerthet. Dass er dabei Prof. Schnitzler, der ausdrücklich bemerkt hat, er habe eine maligne Umbildung nur dreimal „unter hunderten von gutartigen Neubildungen" gesehen, sagen lässt, er habe eine derartige Transformation „sehr oft (very often)" beobachtet, ist im Einklang mit der sonstigen Art und Weise seiner Polemik. — Wenige Tage später brachten fast alle poli-

[1]) Vgl. Centralblatt IV, p. 289. — Schnitzler's, Seifert's und Morelli's Fälle werden, ebenso wie die später erwähnten, weiterhin ausführlich berichtet werden.
[2]) „Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc." No. 9. S. 270. 1887.
[3]) „Die Laryngotomie zur Entfernung intralaryngealer Neubildungen." p. 148. 1878.



tischen Abendzeitungen Londons einen gleichlautenden Abriss eines Vortrages, den Mr. Browne in seinem Hospital über gutartige und bösartige Kehlkopfneubildungen gehalten hatte, und in dem wiederum all' die Behauptungen aufgetischt wurden, die im Obigen charakterisirt worden sind.

Wie schädlich der Einfluss gewesen ist, den solche Behauptungen auf ein Publikum haben üben müssen, das sich ein eigenes Urtheil nicht bilden kann und ausserdem in jener Zeit durch die sich widersprechenden Erklärungen der verschiedensten Blätter über Kehlkopfleiden vollständig verwirrt worden war, ist schwer zu ermessen. Jedenfalls ist es Thatsache, dass vor längerer Zeit erfolgreich an Kehlkopfpolypen operirte Patienten, die unglücklicherweise jene Angaben gelesen hatten. sich voller Angst an ihre Aerzte wandten, um zu erfahren, ob sie nunmehr Kehlkopfkrebs zu befürchten hätten, und dass man gebildete Leute erklären hörte, sie würden sich unter keinen Umständen im Kehlkopf operiren lassen, da ja so häufig ein Krebs sich in Folge solcher Operationen entwickele!

Unter diesen Umständen schien — wollte man Mr. Browne nicht in die Arena der Tagesblätter folgen — nur Eines übrig zu bleiben: durch gemeinsame Arbeit der Fachgenossen die wahre Sachlage zu ermitteln und durch die legitimen Canäle der medicinischen Blätter die practischen Aerzte, durch diese das Publikum über die Grundlosigkeit der angeblichen Gefahren aufzuklären! Die in diesem Capitel recapitulirte Zusammenstellung des Herausgebers hatte, wie er sehr wohl weiss, diese Aufgabe nicht erschöpfend gelöst. Es erschien ihm zur Zeit der Controverse nur nothwendig, die Unhaltbarkeit der Behauptungen des Leitartikels des British Medical Journal und Mr. Browne's nachzuweisen, und im Bewusstsein der guten Sache, die er verfocht, liess er einerseits äusserst zweifelhafte Fälle zu und schlug andererseits die Gesammtzahl der operirten Fälle viel zu gering an. Es war wohl von vornherein einleuchtend, dass, wenn die zwölf namhaft gemachten Laryngologen zum Mindesten 2400 Fälle operirt hatten, die Gesammtzahl der von allen übrigen Laryngologen der Welt im Laufe der letzten 27 Jahre intralaryngeal operirten Kehlkopfneubildungen auf eine ganz andere Summe herauskommen musste, als auf 600, zu welcher Höhe sie angenommen war! — Schon diese Minimalzahl genügte, um die Haltlosigkeit der aufgestellten Behauptungen zu demonstriren. Nunmehr aber, wo die neu berichteten Fälle die Proportion zu verschieben schienen. wo das Publikum nach allen Richtungen hin systematisch irregeführt ward, wurde es nothwendig, der Sache auf den Grund zu gehen, das Verhältniss genau zu ermitteln, hinsichtlich der berichteten Fälle eines angeblichen Ueberganges die Spreu vom Weizen zu sondern.

So entstand die Idee der Sammelforschung.

(Fortsetzung folgt.)



II. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals etc.

1) F. Cardone (Neapel). **Rechenschaftsbericht über das Schuljahr 1886/87 der laryngologischen Klinik der Universität Neapel. (Rendiconto dell' anno scolastico 1886/87 della Clinica laringoiatrica della Università di Napoli.)** *Progresso Medico. Februar 1888.*

In der von Prof. Massei geleiteten laryngologischen Klinik der Universität Neapel wurden vom November 1886 bis August 1887 870 Patienten beobachtet und behandelt. Die Krankheiten zerfallen in folgende Categorien:

Entzündliche Affectionen	604
Syphilitische „	89
Tuberculöse „	61
Nervöse „	37
Neubildungen	47
Verschiedene Fälle	32

Die erste Categorie umfasst 85 Fälle von Rhinitis, 45 von Ozäna, 50 von Nasenrachencatarrh, 105 Pharyngitiden. 62 Amygdalitiden, 98 Laryngitiden, 120 Pharyngo-laryngitiden, 10 Tracheitiden und 29 Rhino-pharyngo-laryngitiden. Bemerkenswerth ist ein Fall von acuter hämorrhagischer Laryngitis nach Erkältung, der in wenigen Tagen geheilt wurde.

Die zweite Categorie umfasst mehrere Fälle von gummöser Infiltration der Nase, des Pharynx und Larynx, Fälle von Condylomen und Tertiärerscheinungen. Unter anderen ist bemerkenswerth ein Fall von syphilitischen Condylomen des Larynx und zwei Fälle von schweren gummösen Infiltrationen, Adhäsionen und narbiger Schrumpfung der Nase, des Pharynx, des Gaumensegels bis zum Larynx und Trachea. Die Tubage des Larynx nach Schrötter'scher Methode schaffte in mehreren Fällen von syphilitischer Laryngostenose Besserung.

In der dritten Categorie ist besonders zu bemerken ein Fall von tuberculöser Ulceration der Zunge und ein anderer von primärer Tuberculose des Larynx. Die Behandlung nach der Methode von Hering brachte in einigen Fällen von Larynxtuberculose Besserung.

Die vierte Categorie umfasst Fälle von Stimmbandparese, von Paraesthesie des Pharynx und Larynx; Parese und Paralyse des Gaumensegels; Paralyse der Stimmbänder; Glottiskrampf; Krampfhusten; Dyslalie; vollständige Alalie etc. [illegible]merkenswerth sind: ein Fall von hysterischer Aphonie, durch Hypnotismus [illegible]eilt; eine Larynxparalyse bei Tabes; ein anderer Fall von Stimmbandparalyse [illegible] Rindenläsion.

[illegible] der Neubildungen zeigt: 17 Fälle von Nasenpolypen (Myxome); [illegible] der Nase; 2 Fälle von adenoiden Vegetationen des Nasen[illegible] atrophirender Krebs der Zunge; ein Myxom der Papillen des

Mundes; 1 Osteosarcom des Unterkiefers; 3 Adenosarcome der Mandeln; 1 enormes Fibrom des Nasenrachenraums und 19 Fälle von Neubildungen des Larynx. Davon zeigten 3 ein Epitheliom, 1 ein Sarcom; die anderen Papillome, kleine Fibrome, Cysten und 1 sehr seltener Fall von Myxom des rechten Stimmbandes.

Die letzte Categorie umfasst z. B. Fälle von Croup, Haematom der Nasenscheidewand, Abscess des Gaumens; Entzündungen der Submaxillardrüse, des Zahnfleisches etc. Besonders zu bemerken sei ein Fall von Stenose des Oesophagus und 1 Fremdkörper (Kürbiskern) in der Trachea.

Mehrere dieser Fälle, und zwar die wichtigsten, sind gesondert mit allen Details bereits veröffentlicht und im Centralblatt referirt worden. F. CARDONE.

2) Nicoladoni (Innsbruck). **Bericht der chirurgischen Klinik in Innsbruck für die Zeit vom 1. October 1884 bis 31. December 1885.** *Berichte des naturwissenschaftlichen Vereins in Innsbruck. Jahrgang XVI. 1888.*

3 Fälle von Nasendefect (aus verschiedener Ursache entstanden) wurden durch plastische Operation gedeckt, 3 Fälle von Carcinom der Nase operirt und ebenfalls die Defecte durch Plastik ersetzt.

Neubildungen der Parotis kamen 4mal zur Beobachtung, 1mal Carcinom, 1mal Myxochondrom, 1mal Sarcom, 1mal Myxosarcom.

In einem Fall von Asymmetrie des Sept. cartil. nar. wurde der knieförmig abgebogene Scheidewandknorpel abgetragen und freie Passage der linken Nasenhöhle dadurch erzielt. Erkrankungen der Tonsillen: 1mal syphilitische Hyperplasie der Tonsillen, 1mal Tonsillenabscess, 2mal Adenom, 1 Sarcom und 1 Carcinom der Tonsille.

Oesophagus: 2 carcinomatöse Stricturen, 1 Fremdkörper im Oesophagus, 1 Dysphagia hysterica.

Larynx: 1 diphtherische Stenose, Tracheotomie (Heilung), 1 Oedema laryngis ex nephrit. (gest. trotz sofortiger Tracheotomie), 1 Carcinoma laryngis (ungeheilt, unoperirt).

Retropharyngeale Abscesse 2mal.

Struma: 6 Fälle, 1mal Drainirung, 1mal Punction, 1mal Totalexstirpation, 1mal Exstirpation einer Schilddrüsenhälfte. SEIFERT.

3) C. H. v. Klein. **Neue und illustrirende Gesichtspunkte bei der Untersuchung der Nase und des Halses. (New and illustrative points in examination of the nose and throat.)** *Medical Register. 111. Philadelphia. 23. 1888.*

Es ist wichtig, dass jeder Patient seinen eigenen Zungenspatel hat, der für seine Zunge passt und zu seinem ausschliesslichen Gebrauche dient; mit anderen Worten: der Arzt soll sich so viele Zungenspatel halten, als er Patienten hat.

K. hat einen Nasenspiegel erfunden, der so lange Griffe hat, dass der Patient selbst ihn halten kann und bei dessen Zusammendrücken sich die Blätter öffnen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

4) **Van Anrooy** (Rotterdam). **Ueber krankhafte Abweichungen in der Nasenhalshöhle. (Over Ziekelijke afwijkingen in de neuskeelholte.)** *Nedersl. Monatsch. tot Bevordering der Geneeskunst. Verslag van de Werkzaamheden der Afdeelingen in 1887. Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 25. 1888.*

Nicht zugänglich. BAYER.

5) **Henri Richard. Ueber die Geschwülste der Kiemenspalten.** *Beiträge zur klinischen Chirurgie von P. Bruns. Bd. III. Heft 2. 1887.*

An den Stellen des Halses, wo die Kiemengänge unvollständig verschlossen sind, bilden sich nicht selten theils gutartige, theils bösartige Neubildungen. Von 8 auf der Bruns'schen Klinik beobachteten Fällen derart waren 5 branchiogene Cysten, zwei Abscesse, und 3 branchiogene Carcinome. Die Details der umfangreichen Arbeit müssen im Original gelesen werden. SCHECH.

6) **A. Ceccherelli** (Parma). **Einige Betrachtungen über die Totalexstirpation der Parotis. (Alcune considerazioni sulla estirpazione completa della parotide.)** *Riforma Medica. 3. u. 4. April 1888.*

C. berichtet 5 Fälle von Totalexstirpation der Parotis wegen Neoplasmen (1 Adenom, 3 Epitheliome und 1 Sarcom), bei denen er gute Resultate erhalten hat. Er kommt zu dem Schluss, dass man diese Operation mit sehr gutem Erfolg ausführen könne, wenn man eine energische und sorgfältige Operationsmethode anwendet. F. CARDONE.

7) **Skibnewski** (Moskau). **Zur Behandlung der Angina Ludowici mit parenchymatösen Carbolsäureinjectionen. (K letschenìju angina Ludowici parenchymatesnimi wpriskiwani jami karbolowoi kislomi.)** *Med. obosr. No. 4. 1888.*

Im Verlaufe von 8 Jahren beobachtete Verf. unter 65000 ambulatorischen Kranken 10mal Angina Ludowici. 7 Fälle wurden mit parenchymatösen Einspritzungen von 2—3procent. Carbollösung behandelt und alle heilten in ganz kurzer Zeit. Es wurde 4—5mal täglich je eine ganze Spritze injicirt und jedes Mal nach der Injection der Hals massirt. LUNIN.

8) **Orwin** (London). **Lupus des Mundes, Rachens und Kehlkopfs. (Lupus of the mouth, pharynx and larynx.)** *Brit. Med. Journal. 31. März 1888.*

O. zeigte der Med. Society of London am 26. März 1888 ein 21jähriges Mädchen, welches er im Jahre 1886 mit Lupus der Nase gesehen, und bei welchem sich die Krankheit im Laufe der beiden folgenden Jahre „durch Lymphkanäle" auf den Gaumen, von dort auf Rachen und Kehlkopf verbreitet hatte. — Mr. Lennox Browne erwähnte, dass er 11 Fälle von Kehlkopflupus berichtet habe. Er habe niemals Lupus an der hinteren Rachenwand gesehen, und theile Dr. Orwin's Ansicht über den Weg nicht, den das Leiden in seinem Falle eingeschlagen habe. Tertiäre Syphilis gehe oft auf den harten und weichen Gaumen durch Ausdehnung von der Nasenschleimhaut über, der Lupus dehne sich aber stets von der Backenschleimhaut auf diese Theile aus. — O. erwiderte, dass in seinem Falle keine Syphilis vorgelegen habe. SEMON.



9) **Lennox Browne** (London). **Einige Bemerkungen über einen Fall von Lupus des Halses. (Some remarks on a case of lupus of the throat.)** *Medical Press and Circular. 18. April 1888.*

Es ist dies eine weitere Ausführung einiger Bemerkungen, die B. vor der Medical Society gelegentlich eines von Orwin vorgestellten Falles gemacht hatte. (Vgl. vorhergehendes Referat. Red.)

Der Patient litt an secundärem Lupus des Mundes, Pharynx und Larynx, ausgehend von der Nase und den Lippen. Mit Ausnahme eines von 12 Fällen, welche B. gesehen hatte, war der Lupus stets ein secundärer nach einem Lupus des Gesichts. Er giebt eine Statistik der Vertheilung der Läsionen in 12 Fällen. Er behauptet fest, dass die Ansicht, wonach die Ausdehnung der Krankheit den Lymphgefässen folge, eine falsche sei, da die Lymphdrüsen nicht afficirt werden. Der Modus des Auftretens liefert ein werthvolles Unterscheidungsmerkmal gegenüber der tertiären Syphilis, welche den Gaumen von der Nase aus ergreift, während beim Lupus dies vom Munde her geschieht. Eine Affection der Tonsillen hat er nicht gesehen. B. spricht sodann von der Beziehung des Lupus zur Tuberculose. Das laryngoskopische Aussehen ist fast identisch; beim Lupus jedoch fehlt der Schmerz beim Schlucken und der Husten fast vollständig. Hierauf bespricht er die Möglichkeit, dass in dem in Rede stehenden Falle eine Combination mit Syphilis vorliege. A. E. GARROD.

10) **W. F. Gibb** (Paisley). **Scrophulose des Halses und ihre chirurgische Behandlung nebst erläuternden Fällen. (On scrophulous neck and its surgical treatment with illustrative cases.)** *Glasgow Med. Journal. Januar 1888.*

Die Arbeit beginnt mit einer Besprechung der Verwandtschaft zwischen Tuberculose und Scrophulose. Gibb empfiehlt die Excision oder die Auskratzung der scrophulösen Drüsen. Nach Verlesung dieser Arbeit vor der Medic. chir. Soc. of Glasgow betheiligten sich die Herren Knox, Coats und Mc. Call Anderson an der sich daran schliessenden Discussion, brachten jedoch nur ihre individuellen, sehr von einander abweichenden Ansichten zu Tage. M'BRIDE.

11) **Rickman J. Godlee.**
12) **Hadden und Ballance.** } **Acromegalie. (Acromegaly.)** *Brit. Med. Journal. 21. April 1888.*

Der Gegenstand dieser beiden interessanten, am 13. April 1888 vor der Clinical Society of London gehaltenen Vorträge liegt dem Referatsgebiet des Centralblatts im Allgemeinen zu fern, als dass auf die berichteten Fälle hier näher eingegangen werden könnte. Doch sei für Interessenten bemerkt, dass im ersten Falle wahrscheinlich auch die Nasen- und Kehlkopfknorpel, im zweiten sicherlich die Nasenknorpel an der partiellen Hypertrophie des Knochengewebes theilnahmen, welche das Wesen dieser eigenthümlichen Krankheit bildet, und dass im ersten Falle Hypertrophie, im zweiten Atrophie der Schilddrüse vorlag. Das Studium der interessanten Fälle wie der Discussion sei warm empfohlen. SEMON.



13) **Fred. Treves** (London). **Ueber die Behandlung von Carotisblutungen. (On the treatment of carotid haemorrhage.)** *Brit. Med. Journal. 14. Januar 1888.*

Der Gegenstand dieses, am 9. Januar 1888 vor der Medical Society of London gehaltenen Vortrags interessirt die Leser des Centralblatts besonders insofern, als es nach der in der Discussion geäusserten Ansicht von Pitts und Harrison Cripps besonders Blutungen aus der Tonsillaris und ihren Aesten sind, welche die Frage nach der besten Blutstillung bei Hämorrhagieen im Gebiete der Carotis anregen. Treves empfiehlt entweder, wo dies angängig ist, die Carotis communis temporär zu comprimiren, oder sie bloszulegen, eine Catgutligatur unter ihr durchzuführen, und das Gefäss mittelst der Ligatur emporzuheben, wodurch die Hämorrhagie gestillt würde. Weder locale Entzündung noch andere unerwünschte Vorgänge seien von dieser Procedur zu besorgen. SEMON.

14) **Riehl** (Wien). **Ueber acutes umschriebenes Oedem der Haut.** *Wiener med. Presse. No. 11, 12 u. 13. 1888.*

Akut entstehende und rasch wieder schwindende Oedeme der Haut, des subcutanen Gewebes und einiger Schleimhautregionen ohne Jucken und ohne Urticaria, welche in 1—3 Stunden entstehen und nach 6—36 Stunden spurlos verschwinden, sich oft wiederholen und zwar gewöhnlich an derselben Stelle, sind die Hauptsymptome dieser Erkrankung. Riehl beschreibt zwei Fälle, bei denen es öfters auch zu Oedem im Rachen und Kehlkopfe mit Athembeschwerden kam. In zwei anderen Fällen waren diese Theile nicht betroffen. An der Haut kann es in Folge öfterer Eruption an derselben Stelle zu bleibenden Veränderungen kommen, als Erschlaffung oder Verdickung. Die manchmal vorkommenden Begleiterscheinungen des Ausbruches als Schwindel, Krankheitsgefühl etc. kamen in Riehl's Fällen nur einmal vor. R. hält mit Wahrscheinlichkeit eine vom Centralnervensystems ausgehende Störung der vasomotorischen Function für die Ursache der Anfälle und weist auf ähnliche angioneurotische Oedeme in den Lungen (Laudon) und in der Tracheal- und Bronchialschleimhaut (Raynaud Hardy) hin, welche auch bald wieder zurückgehen. Auf viele interessante Details kann hier nicht eingegangen werden, da sie unserer Specialität zu fern stehen. CHIARI.

15) **Lang** (Wien). **Ueber Combination von Syphilis und Krebs.** *Wiener medic. Blätter. No. 10. 1888.*

L. beobachtete in 4 Fällen, dass syphilitische Infiltrate oder Geschwüre in Epithelialcarcinom übergingen, und demonstrirte einen derselben im Wiener med. Doctoren-Collegium am 5. März d. J. Der Sitz dieser Mischformen war einmal der Mundhöhlenboden, einmal die Unterlippe und einmal der harte Gaumen. In allen Fällen war zweifellos die syphilitische Natur dieser Infiltrate erwiesen, und 3mal konnte histologisch die Entwicklung des Krebses auf syphilitischem Boden nachgewiesen werden. CHIARI.

16) **Békésy** (Klausenburg). **Beiträge zur Anatomie der Herznerven.** *Orvos-Termessettu domànyi Ertesitö; òrvosi szak. Heft 1. 1888.* Exc. *Pest. med. chir. Presse. No. 23. 1888.*

B. bestätigt das Vorhandensein eines Nerven, der vom Nervus laryngeus



vagi zum Herzen zieht, und dieser Nerv kommt beim Menschen normal vor. Auch der Nervus depressor kommt beim Menschen vor.

Die ausführlichen Untersuchungen sind in dem oben citirten ungarischen Blatte nachzulesen. CHIARI.

17) **J. C. Holm** (Christiania). **Inspiratorische Dyspnoe. (Inspiratorisk Dyspnoe.)** *Forhandl. i det medic. Selskab. 1888. Norsk Magazin for Laegevidenskab. Juni 1888.*

Nach einer kurzen Uebersicht über die respiratorischen Neurosen, in welcher gebührende Rücksicht auf die Arbeiten von Biermer, Gerhardt, Voltolini, Curschmann, Riegel etc. genommen wird, beschreibt der Verf. eine Form von inspiratorischer Dyspnoe, die er als neurasthenisch auffasst. Da diese Dyspnoe wenig ausgesprochen ist, verursacht sie nur wenige, nennenswerthe Beschwerden. In schwereren Graden ist sie durch einen subjectiven häufig eintretenden Lufthunger, der tiefe krampfartige Inspirationen verursacht, charakterisirt; das Diaphragma ist unwirksam, das Epigastrium unbeweglich; die Inspiration ist bedeutend verlängert, oft mehr als doppelt so lang als die Exspiration; die Anfälle kommen nie während der Nacht. Mit Asthma kann diese Neurose nicht verwechselt werden, da das Fehlen von physikalischen Zeichen während des Anfalles die absolute inspiratorische Dyspnoe und der hohe Stand des Diaphragma's einen vollständigen Gegensatz zum Asthma bildet. Der Verf. sieht die Krankheit als eine Neurose des Phrenicus an, und will sie nicht mit dem psychischen Asthma Hecker's und Leyden's (Wiesbaden, Congress 1885) identificiren.

SCHMIEGELOW.

b. Nase und Nasenrachenraum.

18) **Rushton Parker** (Liverpool). **Lipoma der Nase. (Lipoma nasi.)** *Liverpool Medico-Chir. Journal. Januar 1888.*

Es wurde der mikroscopischen Section der Liverpool Medical Institution ein Präparat vorgelegt, das mikroscopisch sich als nur aus Haut mit wuchernden Talgfollikeln zusammengesetzt erwies. Mc. BRIDE.

19) **G. Boucher** (Neapel). **Ein Fall von starker Krümmung der Nasenscheidewand mit vollständiger Stenose des einen Nasenlochs, geheilt durch comprimirte Luft. (Caso di considerevole incurvamento del setto con stenosi completa di una narice, guarito con l'aria compressa.)** *Archiv. Ital. di Laringologia. Januar 1888.*

Der Titel besagt Alles. F. CARDONE.

20) **Stan** (Heidelberg). **Ein Beitrag zur Behandlung der Deviation des Septum narium. (Przyczynek do leczenia zboczen przegrody nosowej.)** *Przeglad lekarski. No. 10, 11. 1888.*

S. berichtet über die Behandlungsmethoden, welche bei dieser Erkrankung auf der Klinik des Prof. Jurasz in Heidelberg angewandt wurden. Bei geringen Graden von Deviation wird die Erweiterung des Nasenganges auf Kosten der ent-



sprechenden Muschel hergestellt, die mit dem Galvanokauter oder mit Chromsäure zerstört wird. Bei frischen Läsionen traumatischen Ursprungs an den tieferen Theilen des Septums, werden Wattetampons zur Dilatation und Compression benutzt. Bei älteren Veränderungen wird die Adams-Jurasz'sche Zange zur Graderichtung des Septums benutzt. Bei Affection des vorderen Septumtheiles verfährt Prof. Jurasz auf solche Weise, dass er die Schleimhaut auf der Kuppel der Verbiegung in einem stumpfen Winkel durchschneidet, dieselbe vom Knorpel abhebt, den letzteren sodann mit Messer oder Scheere entfernt und die Wunde vernäht, natürlich unter Wahrung der Asepsis. Nachher wird ein Tampon von Jodoformgaze zur Compression benutzt. Bei Schiefstellung oder Knickung des Vomer benutzt J. mit Vorliebe und bestem Erfolge den galvanokaustischen Brenner, der energisch einige Mal angewandt wird in grösseren Intervallen. Interessante kasuistische Beiträge illustriren den Nutzen der hier angeführten Methoden. HERYNG.

21) **T. R. Jessop** (Leeds). **Einfaches perforirendes Geschwür des Septum nasi. (Simple perforating ulcer of septum nasi.)** Sitzung der Leeds und West Riding Medico-Chirurgical Society. *Brit. Med. Journal. 10. März 1888.*

J. beschreibt vier Fälle dieser Art. Der erste fand sich bei einer 44jähr. Dame. Es bestand etwas Ulceration rings um das Loch im Septum, welche sehr schnell unter dem Gebrauch von Arg. nitr. heilte, aber mit Hinterlassung einer Oeffnung, welche einen Federstift durchliess. — Der zweite Fall betraf eine 30jährige Frau, der dritte einen 39jährigen Mann und der vierte eine Dame von 34 Jahren. Dieser Fall war der einzige, bei dem die Anamnese einen sehr schwachen Verdacht auf Syphilis ergab.

Dem Vortrage folgte eine Discussion. A. E. GARROD.

22) **Reintjes** (Nijmeyen). **Entfernung der mittleren Nasenmuschel bei polypöser Stenose mit dem Blake'schen Schlingenschnürer. (Een person, die bij het verwijderen von een neuspolyp met den polypensnoerder von Blake zijn middelste neusschelp verloor.)** *Nederlandsche Maatschappy tot Bevordering der Geneeskunst. Verslag van de Werk-Zaamheden der Afdeelingen in 1887. Weekbl. van het Nederlandsch Tijdschr. voor Geneesk. No. 25. 1888.*

Der Titel giebt den Inhalt wieder. BAYER.

23) **Hopmann. Ueber mein Verfahren, Tumoren der Hinternasalgegend durch combinirtes bimanuelles Verfahren zu beseitigen.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 1. 1888.*

H. behauptet gegenüber Ziem, er, nicht Zaufal, sei der erste gewesen, der das fragliche Verfahren veröffentlicht und empfohlen habe. H. zieht die kalte Schlinge vor, da man es im Belieben und in der Gewalt habe, einen weit grösseren Theil des hyperplasirten oder polypoid gewucherten Gewebes, als gerade gefasst ist, loszulösen. Am unangenehmsten sei den Kranken das Einführen des Fingers, die Operation selbst sei schmerzlos und gebe weniger zu Blutungen und Nachblutungen Anlass, als die galvanische Abtragung; bei starker Blutung wird ein



mit Jodoform eingestäubter Tampon eingelegt und 3—5 Tage an Ort und Stelle belassen; dann wird Jodoform eingeblasen und Watte leicht eingelegt.

SCHECH.

24) **Ziem. Notiz über Operationen im hinteren Abschnitte der Nase unter Leitung des Fingers.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 5. 1888.*

Z. theilt mit, dass er die Priorität Hopmann's sehr gern anerkenne, dass er aber schon im October 1884 in ähnlicher Weise wie Hopmann operirt habe, und von dem letzteren eine Anregung dazu nicht habe empfangen können, da Hopmann's Aufsatz ihm erst Anfangs December 1884 bekannt geworden sei.

SCHECH.

25) **Hopmann (Köln). Ueber congenitale Verengungen und Verschlüsse der Choanen.** *v. Langenbeck's Archiv. Bd. XXXVII. 2.*

Die Zahl der bis jetzt bekannten Fälle von completem knöchernem Verschlusse der Choanen wird durch 2 von H. mitgetheilte Kranken- und Operationsgeschichten auf 16 erhöht. Durch die Erweiterung der Stenose (mittelst Elevatorium) konnten die Pat. von ihren Beschwerden befreit werden.

Diesen 2 Fällen schliesst H. 2 weitere Beobachtungen an von erheblicher knöcherner (bezw. sehniger) Stenose der Choanen und eine grössere Reihe von angeborener Enge der Choanen mit anderweitigen pathologischen Zuständen der Nase oder des Nasenrachenraumes complicirt.

SEIFERT.

26) **F. H. Potter. Tuberculose der Nase, des Mundes und des Pharynx. (Tuberculosis of the nose, mouth and pharynx.)** *Buffalo Medical and Surg. Journal. Februar 1888.*

Tuberculose der Nasenhöhle ist sehr selten. Sie kann in zwei Formen auftreten, nämlich als Ulcus oder als Neoplasma; jedoch können beide Formen gleichzeitig bei demselben Individuum auftreten. Die Localisation ist gewöhnlich das Septum. Es finden sich Tuberkelbacillen, jedoch nicht reichlich. Nach der Exstirpation zeigt sich regelmässig ein Recidiv. — Im Pharynx und Mund sind tuberculöse Processe häufiger als in der Nase, jedoch seltener als im Larynx und den Lungen. Gewöhnlich zeigen sie sich in Form eines Ulcus, und die locale Läsion kann eine primäre oder durch Contagion übertragen sein.

Die Behandlung besteht in Reinigung und localen Pinselungen mit Cocain, Sublimat, Jodoform, Jodol, Milchsäure und Menthol; letzteres empfiehlt der Autor. Die chirurgische Behandlung besteht in Auskratzung mit der Curette und Ausschneidung mit dem Messer oder Cauterisation.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

27) **J. E. Boylan. Tuberculöser Granulationstumor der Nasenschleimhaut. (Tuberculous granulation-tumor of the nasal mucous membrane.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 14. Januar 1888.*

Patientin, eine 19jährige Cigarrenarbeiterin, suchte ärztliche Hilfe wegen Verstopfung der Nase auf. die sie zuerst vor sechs Wochen bemerkt hatte. Sie war kräftig und gut genährt, jedoch etwas anämisch. Man fand einen polypartigen Tumor mit ulcerirter Oberfläche, ausgehend von der linken Seite der Nasenscheidewand. Abgesehen von einer geringen Schwellung der Schleimhaut,



zeigte sich sonst nichts Abnormes. Der Tumor wurde entfernt, und man fand bei der mikroscopischen Untersuchung, dass er aus Granulationsgewebe, durchdrungen von Tuberkeln und Tuberkelbacillen bestand. Die Lungen zeigten kein Symptom einer tuberculösen Erkrankung. Auf der Palmarfläche des rechten Daumens befand sich ein tiefes, fistelartiges Geschwür, welches vor einem Jahre aufgetreten war und nicht zuheilte, weil Patientin beständig mit Tabak beschäftigt war. Sie wurde auf's Land geschickt und wöchentlich zweimal Milchsäure auf die Geschwüre gepinselt. Nach dem letzten Bericht ging es der Patientin gut. Das Geschwür am Daumen war ganz, das der Nasenschleimhaut noch nicht vollständig geheilt.

Von besonderem Interesse sind folgende Punkte: 1) Das sehr seltene Vorkommen von tuberculösen Affectionen der Nasenschleimhaut. 2) Die prompte Feststellung der Natur dieses Falles durch das Mikroscop, während sonst die Diagnose eine Zeit lang dunkel geblieben wäre. 3) Die Möglichkeit der Uebertragung der Infection von dem ulcerirten Daumen, der einen günstigen Zustand für die Aufnahme der Bacillen darbot und sie auf die Nasenschleimhaut übertrug.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

28) **W. Matlakowski** und **W. Jakowski** (Warschau). **Rhinoscleroma Hebrae. (O twardzieli nosa.)** *Gazeta lekarska. No. 45—51, 53. 1887.*

Eine interessante, sorgfältige, von grossem Fleiss zeugende Arbeit. Sie zerfällt in 2 Theile, einen klinischen, von Matlakowski bearbeiteten, und einen bakteriologischen Theil, in welchem Jakowski seine Erfahrungen über die Impfbarkeit dieser Erkrankungen und seine Culturversuche niedergelegt hat. Alle bisherigen Arbeiten werden genügend gewürdigt, über 45 frühere und neuere Beiträge bilden die Grundlage dieses Studiums, dessen Resultate es wohl verdienen etwas ausführlicher besprochen zu werden. Nach einer eingehenden Beschreibung der Natur des Processes und einer statistischen Erörterung der Häufigkeit der Localisation in der Nase, auf den Lippen, dem Zahnfleisch und dem harten Gaumen, bespricht M. die bei dieser Erkrankung beobachteten Veränderungen im Rachen (Koebner's Rhinopharyngo-scleroma) und die Veränderungen im Nasenrachenraum, die oft zum Verschluss derselben führen. Eine gewählte Casuistik verschiedener Autoren bildet eine interessante Illustration dieses Theiles. Es folgt eine ausführliche Besprechung des Rhinoscleroms des Larynx, das wohl oft mit Chorditis vocalis inferior und Stoerk'scher Blenorrhoe verwechselt worden ist.

Auch die Erkrankungen der Thränendrüsen, des Ductus lacrymalis, des Ohres, des Antrum Highmori, der Tuba Eustachii werden hier eingehender als in früheren Arbeiten berücksichtigt. Nach M. war der Process bisher beschränkt: was die Athmungsorgane anbetrifft, auf die Bifurcation der Trachea, im Gesicht dagegen blieben verschont die Haut des knöchernen Nasengerüstes, die Wangen und die ganze Unterlippe. Die Dauerhaftigkeit der Produkte des Rhinoscleroms bildet nach M. ein charakteristisches Merkmal dieser Affection, dessen Produkte bis 12 Jahre bestehen können, ohne zu zerfallen. Betont wird die Fähigkeit infiltrirten Gewebes, nach Schnittwunden per primam zu heilen, ohne bedeutende Eiterung und Complicationen. Was die Symptomatologie anbetrifft, so wird das



Auftreten des Nasenblutens eingehender besprochen und nachgewiesen, dass es in vielen Fällen fehlte, ferner die geringe Schmerzhaftigkeit der Affection betont, besonders bei Erkrankungen des Rachens und des harten Gaumens. Was die geographische Ausbreitung des Rhinoscleroms anbetrifft, so zeigt uns die Statistik des Verfassers, dass bisher die Kranken vorwiegend aus Oesterreich, Russland und Italien stammten. In Frankreich ist das Rhinosclerom bisher nicht beobachtet worden, dagegen scheint es in Amerika häufiger aufzutreten, da Alvarez 22 Fälle daselbst beobachtet hat.

Das Trauma scheint nach M. einen gewissen Einfluss auf die Entstehung des Rhinoscleroms auszuüben, dafür sprechen die 8 von ihm angeführten Fälle verschiedener Autoren.

Nach einer kurzen Besprechung der Therapie und Accentuirung der negativen Erfolge der antiluetischen Methode, werden die Erfolge der parenchymatösen Injectionen von Jodtinctur, der Arsenpräparate, der Salicylsäure (Lang), der Carbolinjectionen, des von Simon angewandten Acidum pyrogallicum und der von Doutrelepont erprobten Sublimatsalbe besprochen. Daran schliesst sich eine Beschreibung der von M. beobachteten 2 Fälle, von denen der zweite das Material für die Impfungen und für die bakteriologischen Untersuchungen bot, über welche Dr. Jakowski im II. Theile berichtet.

Wie bekannt ist die Entdeckung der bakteriellen Natur dieser Erkrankung durch Frisch (1882) in Wien, später durch Pelizzari (1883) erbracht worden, während der anatomische Charakter durch die Untersuchungen von Mikulicz endgültig festgestellt worden ist.

Nachdem Ganghofner durch seine mikroscopischen Untersuchungen des Processes im Larynx und in der Trachea die Analogie gewisser stenosirender, hypertrophischer Processe mit dem Rhinosclerom nachgewiesen, auch die Ossification in dem Narbengewebe gefunden hatte, dürfte kaum Zweifel über die Ausbreitung dieser Erkrankung auf die Luftwege bestehen, obwohl der bakterielle Beweis bisher noch nicht geliefert worden ist. Eine Identificirung mit der sog. Chorditis vocalis inferior, einer ätiologisch sehr verschieden bedingten Form, ist nach Chiari momentan nicht zulässig, ebensowenig wie mit der sog. Stoerkschen Blennorrhoe, der Ozaena tracheae etc. Im Einklange mit Chiari betrachtet M. das Resultat der Untersuchungen von Ganghofner nur insofern als gesichert, als das Rhinosclerom des Larynx und der Trachea ohne jegliche Veränderungen in der äusseren Nase auftreten kann. Das von Eppinger als chronische Phlegmone beschriebene Präparat einer stenosirenden Entzündung der Trachea (Prager pathol. Institut), sowie ein ferneres Präparat von Dr. Prewóski, das in der Warschauer med. Gesellschaft als Pachydermia laryngis, tracheae et bronchorum demonstrirt wurde und nächstens beschrieben werden soll, gehören möglicherweise zur Gruppe der hier besprochenen Erkrankung.

Was die bakteriologischen Untersuchungen anbetrifft, so haben dieselben bisher noch nicht vermocht, Klärung in die Sache zu bringen.

Die von Frisch und Pellizzari aufgefundenen Bakterien sind durch die Arbeiten von Cornil und Alvarez weiter erforscht worden, und gelang es ihnen, den Beweis zu liefern, dass die Bacillen des Rhinoscleroms von einer Kapsel um-

...violet sich hellblau färbt, während die Bakterien ... Die Bacterien befinden sich entweder in den re... oder in den Lymphräumen. Alvarez betrachtet die ... Zellen als Lymphgefässdurchschnitte, welche manch... en.

... von Paltauf und Eiselsberg zeigten, dass diese ... von kurzen Stäbchen, sondern auch als ovale oder ... von einer deutlichen Kapsel umgeben sind Sie ... der betreffenden Kranken aufgefunden. Diesen ... iren dieser Coccen auf Agar-agar, auf Gelatine ... Dabei zeigte sich die interessante Thatsache, dass ... den Friedländer'schen Pneumococcen zu... subcutane Impfungen bei Kaninchen und Mäusen ... nach Impfung der entsprechenden Reinculturen ... ation Pleuritis und Pneumonie erzielt, doch ... ung mit Friedländer'schen Coccen. Sie ... ...sse berechtigt, dass die von ihnen cultivirten ... ten der Luftwege verschiedene Erkrankungen her... suchte nun ...kowski auf Grund eigener Unter... bestätigen. Zur Impfung wurden frisch ausge... ...enden benutzt. In der ausgepressten Flüssig... ...ind Eiselsberg beschriebenen Diplococcen. ... zu Schnitten zu ... Die Tinctionsmethode ... Gentianaviolett-Lösung (24 Stunden), dann ... ...säure 1—3 Minuten, eventuell Entfärben ... Präparate nach Aufhellung in Nelkenöl in ... ...den auf Agar-agar und Gelatine zu er... ...ss ... die Gelatine nicht verflüssigten. ... ebenso wie das Einführen von Ge... unter die Haut bei 3 Kaninchen un... ...rten sich ohne jede Eiterung. Erfolg... ...culturen in den Pleurasack bei Mäusen. ... zu Grunde, während nur bei einer, ... der Section eine Pleuritis purulenta mit ... aber als gesund erwies.

... dass in den Producten des Rhino... ... sich und in Culturen den ... mit denselben nicht identisch ... Zellen als Lymphgefäss... ... Grund eigener Untersuchungen

T. HERYNG.

... Mittheilung erhaben, dass ein von ... Nase mit membranösem Verschluss ... durch Rhinosclerom ... Section. Die schwarten-

29) **F. Felici** (Rom). **Fremdkörper der Nase. (Corpo estraneo del naso.)** *Bollettino delle Malat. della Gola etc. 1. März 1888.*

Ein junger Mann litt seit 15 Monaten an einem eitrigen, übelriechenden, reichlichen Ausfluss aus der Nase in Folge eines Stückchens Baumrinde. die in seine rechte Nasenhöhle eingedrungen war, als er einen heftigen Fall mit dem Gesicht zur Erde that. F. CARDONE.

30) **Cholewa** (Berlin). **Ein neues Nasenspeculum.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 30. S. 617. 1888.*

Zweiblättriges zangenförmiges Speculum mit einer Sperrvorrichtung, die ein beweglicher Metallrahmen an den Griffen ausübt. Dasselbe ist abgebildet.
B. FRAENKEL.

31) **T. Mark Hovell** (London). **Eine Zange für Tumoren in den Choanen. (Forceps for postnasal growth.)** *Brit. Med. Journal. 3. März 1888.*

H. beschreibt eine von ihm ersonnene Modification der Löwenberg'schen Zange, bei welcher der schneidende Rand sich rings um den ganzen Umfang der Branchen fortsetzt, von denen eine in die andere eingreift. Beide Blätter sind gefenstert. Die Ränder, welche nur mässig scharf gemacht sind, gestatten die Abtragung von Tumoren durch Schneiden und machen das Abreissen entbehrlich, welches secundäre Entzündungen hervorzurufen geeignet ist. A. E. GARROD.

32) **Jonathan Wright. Eine modificirte Nasenschlinge. (A modified nasal snare.)** *New-York Record. 17. März 1888.*

Die Schlinge besteht aus der Canüle und dem Stilett der Sajous'schen Schlinge, an welcher ein Griff mit einem Hebel erster Ordnung befestigt ist. Das Stilett ist in eine kleine grade Stange eingeschraubt, an deren unterer Fläche eine Reihe von Zähnen sich befindet, auf welche eine kleine, durch den kurzen Arm des Hebels hervorgetriebene Zunge wirkt. Drückt man mit dem Daumen, während die Hand den Griff umfasst, auf den langen Arm des Hebels, so treibt man das Stilett durch die Canüle und schnürt die Drahtschlinge an ihrem Ende zusammen. Sowohl der lange Arm des Hebels, als auch die kleine Zunge an dem kurzen sind mit Federn versehen, welche, beim Aufhören des Druckes Seitens des Daumens, sie in eine neue Lage treiben. Eine Feder an der Spitze der Scheide, in welcher die gezähnte Stange arbeitet, fasst letztere von unten, sobald sie herausgetrieben wird, und verhindert, dass sie vorwärts gleitet.

Wenn der Operateur es wünscht, so erschlafft ein Druck mit dem Zeigefinger der thätigen Hand auf die Feder die Zähne, und die Stange nebst Stilett und Schlinge kann mit dem Daumen vorwärts in die ursprüngliche Lage gebracht werden. LEFFERTS.

---

artige Membran im Nasenrachenraume wurde galvanocaustisch zerstört. Die Verdickungen und Knoten in der Nase mit Galvanocauter und Chromsäure zerstört, die Stenose im Larynx durch methodisches Einführen von Schroetter'schen Hartgummiröhren gehoben. Der Kranke wurde in der Warschauer med. Gesellschaft vorgestellt. Die entfernten Gewebsstücke wurden Herrn Prof. Frisch in Wien zur Untersuchung gesandt, welcher die charakteristischen Coccen darin aufgefunden hat. Patient athmet frei durch beide Nasenhälften, spricht mit lauter Stimme und hat keine Dyspnoe. Die letzte Untersuchung fand statt im Monat Mai d. J. Ref.

[illegible]) F. H. Potter. **Eine Nasenscheere. (A nasal scissors.)** *Buffalo Medical and* [illegible] *Journal. März 1888.*

Die schneidenden Ränder sind gezähnt und die Griffe so gekrümmt, dass die Hand stets unterhalb des Gesichtsfeldes ist. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

[illegible]) **Dundas Grant** (London). **Nasentrepan. (Nasal trephine.)** *British Medica*[illegible] *19. Mai 1888.*

Demonstration des nicht näher beschriebenen Instrumentes vor der Hunterian [illegible] of London am 25. April 1888. Es wurde demselben nachgerühmt, dass es [illegible] stande sei, knorpelige oder knöcherne Auswüchse und verbogene Theile des [illegible] mit grösster Schnelligkeit und wenig oder keinen Schmerzen zu entfernen

SEMON.

[illegible]) **Scanes Spicer** (London). **Nasentrepan. (Nasal trephine.)** *British Medical* [illegible] *21. Januar 1888.*

In der Sitzung der West London Medico-Chirurg. Society zeigte S. einen von [illegible] Electromotor in Bewegung gesetzten Drillbohrer, dazu bestimmt, Exostosen [illegible] der Nase zu entfernen. Weitere Details sind nicht angegeben. (Es mag [illegible] bemerkt werden, dass manche der Berichte des B. M. J. über Vorträge [illegible] Demonstrationen, die in den kleineren Londoner Gesellschaften gehalten [illegible], in Folge ihrer mehr als lakonischen Kürze für unsere Zwecke nicht zu [illegible] sind. So heisst es in dem Bericht über dieselbe Sitzung: „Dr. Spicer [illegible] Patienten, denen Kehlkopfpolypen exstirpirt waren," und weiterhin: [illegible] Abraham zeigte mikroskopische Schnitte von einem Epitheliom des Larynx, [illegible] von Mr. Keetley entfernt worden war, und machte Bemerkungen über [illegible] Charaktere." Das sind die ganzen Berichte in wörtlicher Uebersetzung! [illegible]

SEMON.

c. Mundrachenhöhle.

[illegible]) Scanes Spicer (London). **Ueber die Functionen der Uvula und Epiglottis. (On the functions of the uvula and epiglottis.)** *Brit. Med. Journal. 17. März* [illegible]

[illegible] am 1. März 1888. S. ist der [illegible] (nasalen) Athmens dazu diene, [illegible] aus dem Athemwege auf die Zungen[illegible] wieder in die Circulation aufge[illegible] Theile der Secrete träufelten in die [illegible]formes entlang den Seiten[illegible] Deglutition, sondern modificire [illegible] Beobachtungen und [illegible] Ansichten beweisen sollen. [illegible]

SEMON.



37) **Voss** (Christiania). **Labium leporinum.** *Tidskrift for praktisk Medicin. p. 25. 1888.*

V. theilt das Resultat von 23 (14 Knaben, 9 Mädchen) operirten Hasenscharten mit. L. leporinum simplex kam bei 9 (4 Knaben, 5 Mädchen) vor, bei 8 linksseitiges, bei 1 rechtsseitiges.

L. leporinum et palatum fissum bei 10 (7 Knaben, 3 Mädchen).

L. leporinum duplex ohne Complication kam bei 2 Knaben vor.

L. leporinum duplex et palatum fissum wurde bei 2 Patienten (1 Knabe, 1 Mädchen) getroffen.

Sämmtliche Kinder mit gutem Resultate operirt. SCHMIEGELOW.

38) **Voss** (Christiania). **Palatum fissum.** *Tidsskrift for praktisk Medicin. p. 41. 1. Februar 1888.*

Der Verf. theilt seine diesbezüglichen Operationen mit.

Wegen Palatum molle fissum hat er 4 Fälle operirt; bei allen ist das Endresultat gut gewesen. Er hat immer Seiteníncisionen durch das Velum gemacht, um Spannung der Suturen zu verhindern.

Wegen Palatum fissum durum et molle hat er 6 Kranke operirt. Er theilt die Operation in 2 Akte, macht zuerst Uranoplastik, und sobald die Heilung eingetreten ist, Staphylorraphie. Bei 4 Patienten gelang die Operation, ebenso bei dem fünften, was die Uranoplastik betrifft, während die Staphylorraphie von einem anderen Arzte ausgeführt wurde. In einem Falle misslang die Operation.

SCHMIEGELOW.

39) **J. Tandberg** (Norwegen). **Ueber die Lebensgefährlichkeit der Hasenscharten-Operationen und die Ursachen der hohen Mortalitätsziffer. (Om Hareskaar-Operationernes Livsfarlighed og Aarsagerne til de höie Mortalitetszifre.)** *Norsk Magasin for Laegevidenskaben. p. 39. 1888.*

Der Verf. hebt hervor, dass man in den letzten Jahren mehr und mehr die Ueberzeugung gewonnen hat, dass die Hasenschartenoperation eine sehr gefährliche ist, indem die Patienten wohl die Operation überstehen, aber später sehr oft zu Grunde gehen. Die Mortalität variirte von 29 pCt. (einseitige Lippenspalte) bis 59 pCt. (doppelseitige durchgehende Spalte und prominirendes Os intermaxillare) (Hoffa, Arch. f. klin. Chir. 33. Bd.). Mit anderen Worten: die Mortalität ist bedeutend grösser als bei den grössten Operationen, wie der Ovariotomie u. dgl.

Als Ursache dieser hohen Mortalität sieht der Verf. insbesondere die durch die Operation hervorgebrachte Aenderung des Respirationstypus an. Statt durch eine grosse offene Spalte zu athmen, muss das Kind nach der Operation oft durch sehr kleine Oeffnungen mit grosser Schwierigkeit athmen, indem der Mund sehr verkleinert wird und die Nasenlöcher am häufigsten durch Blutkrusten etc. verstopft sind. — Das Resultat ist eine verminderte Zufuhr von Sauerstoff zu dem Blute, und die Resistenzfähigkeit des Organismus wird dadurch abgeschwächt. Natürlich sind viele andere Momente, wie allgemeine Debilität, Ernährungsstörungen, Respirationskrankheiten etc. mit in Betracht zu ziehen, aber der veränderte Respirationsmodus darf nicht übersehen werden. SCHMIEGELOW.

40) **Brandt** (Berlin). **Zur Uranoplastik, Staphylorrhaphie und Prothese.** Berlin. 1888. Verlag von August Hirschwald.

B. kommt in seiner Monographie zu folgenden Schlüssen: 1. Die Uranoplastik und Staphylorrhaphie verspricht, in möglichst frühem Lebensalter ausgeführt, den grössten functionellen Erfolg. 2. Bei Erwachsenen wird die erstere Operation fast stets indicirt sein, wenn man erwarten darf, dass nach einer einmaligen Operation der Gaumendefect völlig gedeckt werden könne. 3. Bei tiefem Gaumen ist, wenn die Uranoplastik gemacht werden soll. $^1/_2$—$^1/_4$ Jahr vor der Ausführung die Extraction sämmtlicher Backenzähne des Oberkiefers indicirt, um flacheren Gaumen zu bekommen. 4. Bei syphilitischen Gaumen- und Rachendefecten ist die Prothese einem operativen Verschluss entschieden vorzuziehen. Die von B. empfohlene Prothese trägt eine Hausenblase, welche luftleer mit der Prothese eingeführt und erst im Munde mit Luft gefüllt wird. SEIFERT.

41) **J. Wolff** (Berlin). **Ueber Uranoplastik und Staphylorrhaphie im frühen Kindesalter.** *Archiv für klinische Chirurgie. XXXVI. 4. 1888.*

Die Resultate der von Wolff für die Gaumenspalten vorgeschlagenen Operationsmethoden und der Nachbehandlung erlauben ihm den Schluss, dass gegenwärtig die frühzeitige Operation als eine gefahrlose, als eine im Erfolge sichere und als eine für die Lebenserhaltung, die allgemeinen Gesundheitsverhältnisse, die psychische Entwicklung und die Sprache des Patienten vortheilhafte Operation betrachtet werden muss. Der Blutverlust bei der Operation liess sich durch methodische Wundcompression vollständig beseitigen, bei der Nachbehandlung ist das Hauptgewicht zu legen auf Ausspülungen der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle des Patienten bei herabhängendem Kopfe desselben. Operirt wurden nach dieser Methode 29 Patienten Unter 14 Kindern im Alter von 10 Monaten bis zu 5 Jahren wurde 12 mal ein vollkommenes, 1 mal ein nahezu vollkommenes Resultat erzielt, nur 1 mal ein mangelhaftes, noch eine grössere Nachoperation erforderndes Resultat. Gänzlich misslungen sind 2 im ersten Lebensmonat unternommene Operationen.

SEIFERT.

42) **Sauer** (Berlin). **Verschluss eines Defectes am Oberkiefer mit Stütze für die Wange und Heben des linken Auges nach Fortnahme des Oberkieferbeines und Unteraugenhöhlenrandes links.** *Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde. März 1888.*

Es handelt sich um einen Patienten, dem von Bergmann wegen einer Geschwulst der Oberkiefer und die Unteraugenhöhlenwand der linken Seite weggenommen waren; dadurch hatte sich das linke Auge stark nach Innen und Unten gesenkt. Gehoben wurde das Auge durch eine an einer Platte befestigte Wangen augenstütze in sehr sinnreicher Weise. SEIFERT.

43) **A. Ghinozzi** (Rom). **Verlängerung des Gaumensegels als Ursache diagnostischer Irrthümer. (L'allungamento del velo pendulo quale causa d'errori diagnostici.)** *Riforma Medica. 18. u. 19. Januar 1888.*

G. spricht von der Atonie und Hypertrophie des Zäpfchens, welche viele wichtige Erscheinungen hervorrufen können, besonders Husten mit nachfolgender

aryngitis, später Bronchitis und selbst Lungenreizung. Man muss daher in ı Fällen stets den Schlund untersuchen und die Resection des verlängerten pfchens (Gargarectomie) vornehmen. G. berichtet schliesslich 5 von ihm be- :ielte Fälle.

F. CARDONE.

Clarence Ellerman (Heidelberg). **Zwei seltene Geschwülste des weichen Gaumens. (Two rare growths of the soft palate.)** *Brit. Med. Journal. p. 131. '. Januar 1888.*

E. berichtet zwei Fälle aus Prof. Jurasz's Halsklinik in Heidelberg. 1. Ein ' nt von 20 Jahren litt an granulöser Pharyngitis. Während der Untersuchung Pharynx bemerkte man eine kleine Geschwulst, die etwas nach rechts von vula lag und zum Theil von derselben bedeckt war; der Tumor war etwa Ctm. lang, länglicher Gestalt und von der Farbe der benachbarten Schleim- Er war beweglich, an seiner Basis verjüngt und bei Berührung ganz erzlos: sein Aussehen war das eines Papilloms. Nach der Exstirpation, die ht mit einer Schlinge ausgeführt wurde, zeigte es sich leicht, dass er die ctur einer Tonsille hatte, indem er mit Pflasterepithel bekleidete Crypten ı Lymphfollikel enthielt. Ueberdies war an der natürlichen Stelle keine Spur echten Tonsille nachzuweisen, so dass kein Zweifel obwaltete, dass der Tu- eine aberrirte Tonsille war. — 2. Eine junge Dame von 28 Jahren hatte einen, weichen Gaumen herabhängenden Tumor, der unangenehme Empfindungen : starken Speichelfluss verursachte. Er war von purpurrother Farbe und lag der Mitte zwischen der Uvula und der rechten Mandel. Die Oberfläche war und nachgiebig. Nach der Exstirpation der Geschwulst mittelst des Gal- nocauters fand man bei der mikroscopischen Untersuchung, dass die Capillar- fässe enorm erweitert waren, nach dem Centrum der Papillen, aus welchen r Tumor bestand, gingen und mit bulbösen Erweiterungen endeten. Das ndegewebe lag zwischen den Capillaren, und das den Tumor bekleidende Epi- l war stellenweise sehr dünn. An zwei Stellen sah man Massen adenoiden webes und in einzelnen Theilen war die Matrix des Bindegewebes zum Theil r zellenreich.

E. hält den Tumor für ein Angiom, das papillomatöser Natur ge- wesen sein mag. Die Gefässe seien durch den negativen Druck, welcher im Pharynx beim Schlucken herrsche, erweitert, gerade so, wie die inspiratorische Dyspnoe eine Erweiterung der Gefässe in den Granulationen um die Tracheotomie- wunde hervorruft.

A. E. GARROD.

15) Beregszászy (Wien). **Totale Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand in Folge von wiederholter galvanocaustischer Aetzung von der Nase aus.** *Internat. klin. Rundschau. Nr. 23. 1888.*

B. legte zunächst mit dem Galvanocauter eine Oeffnung in der Verwachsung an und trennte dann nach 5 Tagen mit einem rechtwinklig abgebogenen Lanzen- messer die linke Seite und später die rechte Seite des Velums von der hinteren Rachenwand ab. Ausstopfung mit Jodoformgaze und später Einlegung einer Kautschukplatte, die in beide Wundwinkel passte und sich oben auf das Septum stützte, verhinderten die Wiederverwachsung. Diese Platte wurde durch Seiden-

fäden, welche man beiderseits durch die Nase nach vorne führte und daselbst über dem Septum membranaceum zusammenknüpfte, festgehalten. Die Patientin lernte es bald sich die Platte selbst einzuführen und zu befestigen, und berichtete 6 Monate später, dass sie die Platte gewöhnlich trage und gut durch die Nase athmen könne. Die Reinigung der Nase erfolgt bei Belassung der Platte ganz leicht.

CHIARI.

46) **E. Harrison Griffin. Ein Fall von vollständiger Verwachsung des weichen Gaumens mit dem Pharynx, nebst der zu seiner Heilung unternommenen Operation. (A case of complete adhesion of the soft palate to the pharynx with an operation for its cure.)** *New-York Medical Record. 14. Januar 1888.*

Die Nase des Patienten war zerstört und der Mund durch syphilitische Adhäsionen derartig verschlossen, dass nur zwei Finger mit Mühe in denselben eindringen konnten.

Eine laryngoscopische Untersuchung, resp. eine vollständige Ansicht des Halses, war in diesem Stadium unmöglich. Die erste Operation, die unternommen wurde, bestand in einer Erweiterung des Mundes mittelst eines Messers. Hierauf wurden kleine Holzstrecker oder Sperrer eingeführt, um eine Verwachsung der durchschnittenen Flächen zu verhüten.

Nachdem man dies erreicht hatte, fand man die Uvula und die anderen Theile des weichen Gaumens ganz zerstört. Der stehengebliebene Theil desselben war fest mit dem Pharynx verwachsen, so dass der Nasenrachenraum von dem unteren Pharynxabschnitt ganz abgeschlossen war.

Nunmehr wurde eine silberne Sonde durch die Nase zum Pharynx abwärts geführt und da, wo der Gaumen sich vorbauchte, mit einem Messer eingeschnitten. Nachdem der Gaumen nicht ohne geringe Schwierigkeit von seinen Anheftungsstellen gelöst worden war, wurden die Theile mit einer Tanninlösung besprüht. Es wurde gar kein Anaestheticum angewandt.

Alsdann wurde eine grosse Sonde durch die Oeffnung nach dem oberen Pharynx geführt. Hierauf wurde eine Sonde nach folgender Beschreibung angefertigt: Der Körper des Instruments war etwa 6 Ctm. lang mit einer stumpfen Spitze an seinem Ende und verdickte sich allmälig zur Basis. Es glich etwas einem Triangel. Die Basis war 4,5 Ctm. weit. An das breite Ende des Instrumentes wurde ein langer Griff befestigt, so dass man es im Hals handhaben konnte. Mit diesem Instrument konnte man die Oeffnung in der gewünschten Grösse erhalten und seine Schliessung verhüten. Die Theile hielten gut, und in vier Tagen machte die Einführung des Instruments keine Schmerzen mehr.

Eine Untersuchung des Larynx ergab eine vollständige Paralyse der Glottisöffner, und die ganze, den Kehlkopf bekleidende Schleimhaut war in einem hyperämischen Zustand. Dies erklärte den Verlust seiner Stimme.

$1\frac{1}{2}$ Monat nach der ersten Operation im Munde hatte Patient seine Stimme ganz wiedergewonnen und 15 Pfund an Gewicht zugenommen. Seine Stimme war jetzt klar und kräftig.

LEFFERTS.



47) **J. H. Duncan. Vollständige Verwachsung des weichen Gaumens und der hinteren Pharynxwand; Spaltung der Choanen vom Mund aus. (Complete adhesion of the soft palate to the posterior pharyngeal wall with consequent partition of the post nasal cavity from the mouth.)** *Canad. Pract. Jan. 1888.*

Man konnte keine Oeffnung zwischen Choanen und Mund finden. Das Narbengewebe war sehr dicht und nur an einer Stelle (leicht nach links von der Mittellinie, einige Linien hinter dem Rand des harten Gaumens) konnte man einen sehr unbedeutenden Eindruck im Munde wahrnehmen, wenn man mit einer Sonde von oben drückte. An dieser Stelle des Gaumens wurde incidirt und die Adhäsionen weggeschnitten. Da man dafür sorgte, dass die Theile nicht wieder zusammenwuchsen, so besserte sich der Zustand des Patienten ausserordentlich.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

48) **Stieda** (Königsberg). **Die Rachenmandeln.** Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg. März 1887.

In dem Vortrag giebt St. einen Ueberblick über die bisherigen Untersuchungen über den fraglichen Gegenstand und schliesst daran einige Demonstrationen.

SEIFERT.

49) **F. de Havilland Hall** (London). **Acute parenchymatöse Tonsillitis mit Cocain behandelt. (Acute parenchymatous tonsillitis or quinsy, treated by cocaine.)** *Brit. Med. Journal. 19. Mai 1888.*

Bericht über einige sehr schwere Fälle dieses Leidens vor der Clinical Society of London am 11. Mai 1888, in denen die locale Application einer 20procentigen Cocainlösung nicht nur die Schlingbeschwerden milderte, sondern auch die Eiterbildung zu verhindern schien. H. räth, vor der Cocainapplication einen Spray mit einer Lösung von Natriumbicarbonat (0,6—30 Aq.) auf die Theile einwirken zu lassen, in Folge wovon, wie er bemerkt zu haben glaubt, weniger Cocain gebraucht wird, da dasselbe kräftiger in Gegenwart eines Alkali wirke. — In der Discussion warnte der Referent, der Hall's Ausführungen übrigens durchaus beitrat, vor Cocainmissbrauch, der seinen Erfahrungen nach durchaus nicht selten ist und citirte mehrere Fälle von Cocainvergiftung und Idiosyncrasie gegen das Mittel aus seiner Praxis. Hall theilte in seiner Antwort einen Fall von länger anhaltender Ohnmacht nach Pinselung der Nasenschleimhaut mit einer 20procentigen Cocainlösung mit, und bemerkte ausdrücklich, dass er das Mittel nur bei der parenchymatösen Form der Mandelentzündung empfehle; bei der follicularen Tonsillitis seien die Erfolge nicht annähernd so gut. SEMON.

50) **A. Mc Phedran. Necrotische Tonsillitis. (Necrotic tonsillitis.)** *Canada Lancet. XX. 10. 1888.*

Ph. beschreibt zwei Fälle, welche er nach Strümpell nekrotisirende Tonsillitis benennt. Sie sind nicht schwer genug, um als gangränös bezeichnet zu werden, und der Ausdruck Phlegmone deutet auf eine mehr acute Entzündung hin. Die Fälle ähneln sehr der Diphtherie und müssen rücksichtlich der Infection mit denselben Vorsichtsmassregeln behandelt werden. Sie sind charakterisirt durch eine Exsudation auf die Tonsille, welche localisirt bleibt und Zerstörung des Gewebes herbeiführt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

51) **W. Portugalew. Zur Behandlung der Tonsillitis hypertrophica. (K letscheniju Tonsill. hypertroph.)** *Med. obosr. No. 1. 1888.*

Verf. empfiehlt bei Tonsill. hypertroph. die Londoner Aetzpasta (Natr. caust. Calcario. ust. ana c. Spirit. vini), der er den Vorzug vor der Tonsillotomie giebt. Je nach der Grösse der Tonsillen braucht Verf. 5—20 Aetzungen, so das die Behandlung 1—3 Monate dauert. Es wird ein Fall mitgetheilt, wo nach zweimaliger Tonsillotomie die Mandeln wieder gewachsen waren. Nach 3 Monate (!) langer Behandlung mit der Aetzpasta hatte Verf. das so glänzende Resultat, die vergrösserten Mandeln zum Schwinden gebracht zu haben! LUNIN.

52) **Baumgarten** (Budapest). **Ueber Folgezustände der hypertrophischen Tonsillen und deren Verhütung.** *Gyógyászat. No. 18. 1888.* Uebersetzung des Autors. *Pester med. chir. Presse. No. 20. 1888.*

B. will die hypertrophischen Tonsillen in jedem Falle entfernt wissen, weil sie Sprache, Singstimme und Athmung behindern, zu Entzündungen hinneigen und solche in der Umgebung hervorrufen, weil Leute mit grossen Mandeln leichter an Diphtheritis erkranken und schwerer an ihr leiden. weil endlich hypertrophische Tonsillen auch die Nasenathmung behindern und die Tuben-Ostien verlegen können. Auch verschiedene Catarrhe des Rachens, der Nase, des Ohres und der tieferen Luftwege mit allen ihren Folgen sind nach B. oft von hypertrophischen Tonsillen abzuleiten. Daher sollen sie immer im kindlichen Alter entfernt werden. B. wendet zu ihrer Entfernung mit Vorliebe den Galvanokauter an, erwähnt aber als Zukunftsmethode die Elektrolyse. CHIARI.

53) **M. Uspenski. Die Hypertrophie der Mandeln bei Kindern und die Folgen derselben. (Hypertrophia mindalewidnich scheles w detskem wos reste i geja snatschenie.)** *Med. obosr. No. 2. 1888.*

Uspenski untersuchte bei 52 Knaben von 10—14 Jahren mit hypertr. Tonsill. ihre körperliche Entwickelung, das Ohr, das Auge, die Nasenhöhle und die Lymphdrüsen. Von 52 Knaben waren 36 in der Entwicklung zurückgeblieben, 14 litten an Myopie und 37 hörten schlecht. Die Mehrzahl war anämisch, die Stimme war bei den meisten belegt, bei allen war das Athmen durch die Nase mehr oder weniger erschwert. Bei fast allen fand sich ein hypertroph. oder trockener Catarrh der Nase und des Rachens. Häufig waren die Glandul. submaxillares geschwellt. 18 Knaben hatten sehr früh den Vater, 7 die Mutter verloren.

In allen Fällen wurde als Todesursache eine Brustkrankheit angegeben.

Die Mehrzahl dieser 52 Knaben machte sehr mangelhafte Fortschritte in der Schule.

Verf. meint, dass zwischen den hypertroph. Tonsillen und der körperlichen und geistigen Entwickelung der Kinder ein Zusammenhang besteht, der vielleicht in der Erblichkeit zu suchen ist. Deshalb will Verf. bei der Behandlung der hypertroph. Tonsillen sein Augenmerk nicht blos auf die locale, sondern auch auf die [illegible] Behandlung richten. LUNIN.

54) **L. E. Blair. Die Gefahren der Blutung nach der Tonsillotomie. (The dangers of hemorrhage after tonsillotomy.)** *Albany Medical Annals. Februar 1888.*

B. berichtet zwei Fälle von Blutung bei Patienten von 21 resp. 27 Jahren. Er glaubt, dass Cocain die Blutung vermehrt und dass das beste Mittel zur Stillung der Blutung der directe Druck sei. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

55) **Schrötter (Wien). Ueber Pseudoleukämie.** *Wiener med. Presse. No. 5. 1888.*

Reproduction eines klinischen Vortrages, der sich auf unser Fach nur insofern bezieht, als Sch. erwähnt, dass auch die Tonsillen an der Schwellung der Lymphdrüsen Theil nehmen. CHIARI.

56) **V. Cozzolino (Neapel). Syphilis der Mandeln. (Syphilosi delle tonsille.)** *Bollet. delle Clin. März 1888.*

Ein klinischer Fall nebst einigen Bemerkungen. Nichts Neues.

F. CARDONE.

57) **Schönborn (Würzburg). Demonstration eines operirten Falles von Tonsillarsarkom.** Kreisversammlung der Aerzte von Unterfranken zu Würzburg am 14. Juli 1888.

Sch. stellt eine 64jährige Frau vor, bei der er nach der Methode von Mikulicz ein Sarkom der rechten Tonsille, das weit hinauf in den Rachenraum gewuchert war, exstirpirt hatte. Die Frau befindet sich zur Zeit (14 Tage nach der Operation) trotz des schweren Eingriffes ziemlich wohl. SEIFERT.

58) **M. H. Richardson. Ein Fall von Sarcom der Tonsille, durch Incision von aussen entfernt. Heilung. (A case of sarcoma of the tonsil removed by external incision. Recovery.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 23. Febr. 1888.*

Patientin war eine Frau von 60 Jahren. Aeusserlich war nur eine geringe Deformität vorhanden, indem sich eine leichte Schwellung unter dem linken Ohr zeigte. Innen war die Tonsille mit der Pharynxwand über die Mittellinie hinaus gedrängt worden. Die Schleimhaut des Pharynx erschien normal. Der Tumor wurde von aussen exstirpirt und es erfolgte eine vollständige und bis jetzt dauernde Heilung. Die Diagnose stützte sich auf das grobe Aussehen der Geschwulst und wurde durch die mikroscopische Untersuchung bestätigt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

59) **Alderson (London). Tonsillenstein. (Calculus in a tonsil.)** *Brit. Med. Journ. 14. April 1888.*

Demonstration eines 1/2 Zoll im Durchmesser haltenden Concrements, das sich spontan aus der Tonsille eines 72jährigen, weder an Gicht noch an Steinbeschwerden leidenden Mannes abgestossen hatte, vor der West London Medico-Chirurg. Society am 6. April 1888. SEMON.

51) W.
Ton

Calcar
Je nach
handlu
Tonsil
Behan
grösser

52) B.
sillen
Autor

B
sie Spr
und so
an Di
phisch
legen
und der
phische
fernt w
an, erw

53) M.
derse
snat

U
Tonsill.
die Ly
14 litt
Stimm
mehr
trocke
maxill
verlor

der S

und g
in de
hyper
die a

...Kofler schen

...diphtheria.)

...method of

den Mund soll verboten werden. Kinder, die alt genug zum Gurgeln sind, sollen angewiesen werden, dies nach jeder Mahlzeit mit einem chemischen Antisepticum zu thun, bei kleinen Kindern sollen einige Tropfen in die Nase eingeträufelt werden.

In der Erkenntniss, dass es unmöglich ist, alle Quellen der diphtherischen Infektion frei zu legen und zu verstopfen, scheint es viel praktischer zu sein, das einzelne Individuum zu belehren, wie es sich selbst schützen kann, indem es sich seine Umgebung auswählt und sich bemüht, die Theile gesund zu erhalten, welche erfahrungsgemäss gewöhnlich von Diphtherie befallen werden. LEFFERTS.

63) **Ludwig** (Pontresina). **Ueber Diphtherie.** *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. No. 4. Basel. 1888.*

Die Arbeit, welche aus 17jähriger Beobachtung des Umlaufs der Diphtherie in dem hochgelegenen Bergdorfe hervorgegangen ist. kommt zu folgendem auffallendem Schlusssatze: „Wenn auch Diphtherie überimpfbar ist, sei es direct von der Schleimhaut eines Kranken auf die eines Gesunden oder auf die Wunde, so spielt in der Ausbreitung der Krankheit die Ansteckung von Person zu Person sozusagen keine Rolle; die Krankheitskeime setzen sich an geeigneten, wahrscheinlich schmutzigfeuchten Stellen in Gebäuden fest und inficiren von dort aus die Disponirten, die ihnen in die Nähe kommen." Verf. wünscht, dass die Diphtherie in beständiger Diskussion bleibe und hofft durch seine Schlüsse genügend zum Widerspruch gereizt zu haben. Derselbe wird auch wohl nicht ausbleiben. Immerhin muss man zugestehen, dass Verf. durch das sprungweise Auftreten der Krankheit und seine übrigen Erfahrungen in Pontresina wohl berechtigt erscheint, eine Contagion auszuschliessen und die Ursache in einem Häusermiasma zu suchen. Auch nimmt er es mit der Diagnose genau und unterscheidet gleich Anfangs seine Diphtherie scharf von der folliculären Tonsillitis und von der „nicht specifischen, oberflächlich nekrotisirenden Amygdalitis" Wagner's, welch letztere er mit der Angine couenneuse und dem Diphtheritic sore throat identificirt. Ein festsitzender, schmutzig weisser Belag, Drüsenanschwellung und Fieber, eine zur Temperatur in keinem Verhältniss stehende Pulsfrequenz, welche er betont, und in zweifelhaften Fällen das Alter sowie die hygienische Geschichte des Wohnhauses, die Familiendisposition, welche ihm wichtig scheint, und das gleichzeitige Vorhandensein oder Fehlen anderer Fälle müssen seine Diagnose bestimmen. Einige seiner Fälle verliefen tödtlich. Dem Vorwurf der kleinen Zahl von Beispielen, welche sich in 17 Jahren auf nur 20, darunter noch 6 zweifelhafte, belief, begegnet er mit dem Einwand, dass dafür die Fäden des Verkehrs in der kleinen Ortschaft übersichtlicher und die Bekanntschaft des Arztes mit den Leuten und den Häusern eine nähere sei. Kurz, die Arbeit des sehr tüchtigen und erfahrenen Arztes ist eine wohl überlegte und kann nur durch ebenso übersichtliche und wohlüberlegte Gegenerfahrungen bekämpft werden. Ref. begnügt sich damit, sie charakterisirt zu haben. Wer polemisiren will muss den concentrirten Aufsatz durchlesen und wird darin seine Angriffspunkte finden. JONQUIERE.

64) F. Wesener. **Zwei Fälle von Larynxcroup bei erst post mortem erkannter Diphtherie der Tonsillen; nebst einigen Bemerkungen über das Verhältniss von Croup und Diphtherie.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 8 u. 9. 1888.*

In beiden Fällen sassen die geringfügigen Veränderungen im Rachen so, dass sie der einfachen Inspection nicht zugänglich waren; der im Leben angenommene primäre Lungencroup erwies sich als secundäre Diphtherie. W. glaubt, dass die pseudomembranöse Laryngitis fast ausschliesslich eine Erkrankung ist, welche durch das diphtheritische Virus erzeugt wird, dass sie zwar durch einige andere specifische infectiöse Organismen sowie durch ätzende Substanzen oder sehr hohe Wärmegrade hervorgerufen werden können, dass aber eine primäre fibrinöse Laryngitis als Steigerung einer einfachen catarrhalischen Laryngitis durch Erkältung unbewiesen ist. Zum Schlusse stellt W. 12 verschiedene anatomische Formen der Diphtherie auf und empfiehlt für diphtheritisch im Gegensatz zu pseudomembranös das Wort „pelliculär" zu verwenden. SCHECH.

65) W. Jacubowitsch (Petersburg). **Die langdauernde Form der Diphtheritis und Perichondritis laryngis bei Kindern. (K utschoniju o dlitalnoi difterii i perichondrite gortani u detei.)** *Geschen. klin. Gaz. No. 21 u. 22. 1888.*

1. Ein 1 Jahr und 3 Monate altes Kind erkrankte an Scharlach und Diphtheritis. Die Beläge auf den Mandeln und dem weichen Gaumen hielten sich 45 Tage. Dazu gesellten sich Erscheinungen von Larynxstenose, das Kind wurde ins Hospital gebracht und starb trotz Tracheotomie. Die Section ergab: Perichondritis cricoid. Wie man aus der Krankengeschichte ersieht, ist die Tracheotomie zu spät gemacht worden.

2. Ein 10 Jahre altes Mädchen, seit 16 Tagen an Diphtheritis krank, erstickt plötzlich in der Nacht, noch ehe die Tracheotomie gemacht werden konnte. Die Section ergab: Diphtheritis laryngis und Nekrose der Giesbeckenknorpel.

3. Ein 10 Jahre alter Knabe, septische Form der Diphtheritis; Heilung. Die Beläge hielten sich 44 Tage.

4. Ein Mädchen von 10 Jahren. Diphtheritis fauc., linguae, labii et nasi. Die Beläge auf der Zunge und in der Nase hielten sich 60 Tage. LUNIN.

66) Mercier (Coppet). **Epidemie von Angina pseudomembranosa mit zwei Croupfällen zu Coppet im August und September 1882.** *Revue méd. de la Suisse rom. No. 3. 1888.*

Zusammen sieben Fälle, alle, auch die Croupfälle, mit leicht ablösbaren, nicht echt diphtherischen Membranen; und ohne Ausnahme (ein Croup nach Tracheotomie) gut verlaufen. JONQUIÈRE.

67) E. A. Carpenter. **Diphtherie. (Diphtheria.)** *Medical Register. Philadelphia. 7. April 1888.*

C. meint, dass zuviel routinemässige Behandlung getrieben werde. „Behandle die Krankheit, nicht den Namen." W. J. SWIFT (LEFFERTS).



68) **N. J. Adriani** (Oldambt). **Fall von Diphtherie mit diphtheritischem Croup. (Een casus van Diphtherie met diphtheritischem Croup; Tracheotomie door Dr. Ranneft, met genezing.)** *Nederl. Maatschr. tot Bevoord. der Geneeskunst. Verslag van de Werkzaamheden der Afdeelingen in 1887. Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 25. 1888.*

Nichts Besonderes. BAYER.

69) **Brück** (Pest). **Pharyngitis crouposa. Degeneratio adiposa cordis mit Thrombusbildung; plötzlicher Tod.** *Orvosi Hetilap. No. 18. 1888.* Excerpt *Pester med. chir. Presse. No. 22. 1888.*

Es handelte sich um eine Diphtherie, welche die Degeneration des Herzmuskels herbeiführte. CHIARI.

70) **J. J. Hage. Fall von Diphtheritis mit Exanthem. (Geval van Diphtheritis met Exanthem.)** *Weekblad van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 8. 1888.*

Das Exanthem trat am 12. Tage der Erkrankung auf, um nach 3 Tagen wieder zu verschwinden. Exitus letalis. Scharlach wurde ausgeschlossen. BAYER.

71) **W. R. Roper** (Cambridge). **Plötzlicher Tod bei Diphtherie. (Sudden death in diphtheria.)** Sitzung der Cambridge Med. Society. *British Medical Journal. 28. Januar 1888.*

Ein Fall von diphtherischer Paralyse und Tod durch Asthenia am 11. resp. 13. Tage nach einer Angina, wegen deren man keine ärztliche Hülfe für nöthig erachtet hatte. Patient war ein 12jähriger Knabe. A. E. GARROD.

72) **Berentsen** (Norwegen). **Die Folgen einer Diphtheritis.** *Medicinsk Revue. p. 174. 1888.*

(Folgende Mittheilung ist einfach unter dem Titel „Til Revuens laesere“ [An die Leser der Revue] publicirt. Ref. hat sich indessen erlaubt, dem Referat obenstehenden Titel zu geben, um den Inhalt des Artikels zu pointiren. Ref.)

Die Patientin war 16 Jahre alt. 4 Jahre alt, hat sie eine scarlatinöse Diphtheritis durchgemacht. Es wurde jetzt vom Verf. Folgendes constatirt: In Cavum postnasale und Pharynx breite Infiltrationen der Schleimhaut, die in der Höhe mit Uvula ein Netzwerk bilden, und die nach unten zu einem breiten Streifen, der auf der rechten Seite des Aditus laryngis endet, zusammenschmelzen.

Die rechte Cartilago arytaenoidea ist welk, Chorda vocalis sehnig, weiss, das rechte Stimmband vollständig unbeweglich während der Intonation, während das linke compensirende Excursionen nach der rechten Seite ausführt. SCHMIEGELOW.

73) **Masucci** (Neapel). **Bericht über die neueren anatomischen, bacteriologischen und therapeutischen Studien betreffs der postdiphtheritischen Lähmungen. (Resoconto dei più recenti studii anatomici, batteriologici e terapeutici sulle post-difteriche.)** *Rassegna critica etc. Januar 1888.*

Der Titel besagt Alles. F. CARDONE.



74) **Gratia. Diphtherie, Vorzeigen eines Duodenalpräparates. (Présentation de la portion duodénale de l'intestin d'un enfant de six ans mort de diphthérie.)** *Société Anatomo-Pathologique de Bruxelles. 27. Mai 1888. La Presse Médicale Belge. No. 24. 1888.*

Der Titel deckt den Inhalt. BAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

75) **Schech** (München). **Ein billiges Kehlkopfphantom.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 11. 1888.*

S., der den Werth der Phantome beim laryngologischen Unterricht nicht unterschätzt, construirte ein Phantom, das wegen seines billigen Preises auch von den Studenten angeschafft werden kann. Es besteht aus einer mit schwarzem Papier überzogenen Pappdeckelröhre, welche oben zwei Einschnitte zum Einschieben der Kehlkopfbilder hat und unten auf einem Kästchen ruht, in welchem die Bilder aufbewahrt werden. Ein schwarz überzogenes Schild dient zum Sammeln und Auffangen des Lichtes. Stellt man den beleuchteten Kehlkopfspiegel in vorschriftsmässiger Haltung über der Mündung der Röhre ein, dann erscheint das jeweilig eingeschobene Bild im Spiegel. Die dem Phantome beigegebenen Abbildungen — nach Isenschmid's Originalien chromolithographirt — 30 an der Zahl, enthalten sämmtliche gewöhnlich und auch einzelne seltener vorkommende Kehlkopfkrankheiten. Die Nummern auf den Bildern entsprechen den Nummern eines hauptsächlich zum Selbststudium beigegebenen erläuternden Verzeichnisses. Das ganze Phantom kostet ohne Verpackung und Porto nur 6 Mark und ist zu beziehen durch Herrn Eichinger, Hausmeister des Reisingerianum, München, Sonnenstrasse 17, oder durch Hoflieferant H. Katsch, München, Bayerstrasse 25. AUTOREFERAT.

76) **Massei** (Neapel). **Ueber die Schleimhaut, die Circulation und Innervation des Larynx. (Sul rivestimento mucoso, sulla circolazione e sulla innervazione della laringe.)** *Giorn. Internaz. di S. Med. März 1888.*

Klinische Vorlesung, die alles umfasst, was über diesen Gegenstand bis jetzt gesagt worden ist. F. CARDONE.

77) **O. Masini** (Genua). **Ueber die Neubildung von Lymphgefässen im Larynx. (Sulla neoformazione dei vasi linfatici nel laringe.)** *Archiv. Ital. di Laring. Januar 1888.*

Der Autor berichtet über eigene Untersuchungen. Er zeigt, dass die Neubildung der Lymphgefässe verschieden ist von der der Blutgefässe. Er meint, dass in einem neugebildeten Gewebe die Lymphgefässe nach den Blutgefässen erscheinen, und dass sie sich zwischen den Bindegewebsbündeln finden, indem sie in dem Maasse sich ergänzen, als das Gewebe sich entwickelt. F. CARDONE.

78) **P. Masucci** (Neapel). **Physiologie und Hygiene der Stimme und des Gesanges. (Fisiologia ed igiene della voce e del canto.)** *Napoli Ed. Regina, 1888.*

Die Arbeit zerfällt in drei Theile. Der erste bespricht die Anatomie und

die physikalische Beschaffenheit des Stimmorgans; der zweite die Physiologie der Stimme und des Gesanges und der dritte die Pathologie und die Hygiene. Der Autor hat Alles sorgfältig zusammengetragen, was man bis auf die Jetztzeit hierüber weiss. F. CARDONE.

79) **P. Masucci. Studien über die Physiologie und Pathologie der Stimme, der Sprache etc. (Studii sulla fisiologia e patologia della voce, parola, favella.)** *Rivista Clin. e Térap. Februar 1888.*

Die Arbeit enthält beinahe dieselben Dinge, welche der Autor in der „Physiologie und Hygiene der Stimme und des Gesangs" auseinandergesetzt hat. F. CARDONE.

80) **A. Labanchi** (Neapel). **Ueber die Gesangskunst in Italien. (Dell' arte del canto in Italia.)** *Edit. Tizzano. Neapel, 1888.*

L. meint, dass die Gesangskunst in Italien im Verfall ist, weil der in den Musikschulen ertheilte Unterricht ein rein empirischer sei. Er sucht nachzuweisen, dass die Wissenschaft, besonders die Laryngologie, in der Gesangskunst Anwendung finden müsse, wenn man eine rationelle Unterrichtsmethode haben wolle. — Das ist richtig. Man muss jedoch bemerken, dass das von L. so gerühmte Laryngoscop allein doch niemals einen Sänger schaffen wird. F. CARDONE.

81) **Averbeck** (Laubbach). **Die Kehlkopfmassage.** *Deutsche Med.-Zeitung. 33 u. 34. 1888.*

In der Ausführung der Kehlkopfmassage unterscheidet A. 5 Akte, von denen die mittleren drei die Massage des Kehlkopfes im engeren Sinne, d. h. lediglich die Regio laryngea, als Operationsfeld in Angriff nehmen, während der Einleitungs- und Schlussakt, sowie ein Zwischenakt, die gesammte mittlere Halsgegend unterhalb des Zungenbeins beanspruchen. Die verschiedenen Akte werden ausführlich beschrieben und zum Schluss die verschiedenen Krankheiten aufgezählt, bei welchen die Massage anwendbar ist. SEIFERT.

82) **Ludwig Loewe** (Berlin). **Ueber die Entfernung pathologischer Secrete aus dem Kehlkopfe vermittelst forcirter Wasserinjectionen.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. No. 5. 1888.*

Nach L.'s Ansicht ist ein Haupthinderniss für die erfolgreiche locale Behandlung der tuberculösen Larynxgeschwüre die Unmöglichkeit, den Kehlkopf zu immobilisiren und die Geschwürssecrete zu entfernen. Letztere verhindern die Wirkung der Medicamente, reizen durch Zersetzung die Wundflächen. L. empfiehlt deshalb forcirte Wasserinjectionen in den Kehlkopf; er macht dieselben mit einem Pulverbläser, der mit einer Spritzflasche in Verbindung steht, die durch ein starkes Doppelgebläse entleert wird; als Spritzflüssigkeit dient $^1/_2$ procent. Kochsalzlösung oder $^1/_4$ pro mille Sublimatlösung, $^1/_2$ procent. Creolinwasser; die verbrauchte Wassermenge beträgt 100—150,0, die Temperatur ist lauwarm. Schluckpneumonie wurde nicht beobachtet, das Einspritzen geschieht während der Phonation. SCHECH.



83) **Gerhardt. Erfahrungen über Cocaïnanwendung am Kehlkopfe.** *Therapeut. Monatsh. 4. 1888.*

G. weist auf den bei verschiedenen Menschen verschieden sich zeigenden Erfolg der Bepinselung der Kehlkopfschleimhaut mit Cocain hin, der auch bei einzelnen Individuen ein vollkommen unbefriedigender oder direct schädlicher sein kann, insofern auch schon bei Anwendung mässiger Dosen schwere Vergiftungserscheinungen auftreten können. SEIFERT.

84) **E. Fletcher Ingals. Rheumatische Laryngitis. (Rheumatic laryngitis.)** *Journal of Med. Sciences. Januar 1888.*

Es ist keineswegs leicht, einen Auszug aus dieser Arbeit zu geben. Der Autor scheint gewisse, mit Schmerzen beim Schlucken und Phoniren verbundene Larynxaffectionen, welche sich bei schlechtem Wetter verschlimmern und bei rheumatischen Personen vorkommen, als rheumatische anzusehen. Die Arbeit sollten alle Diejenigen, welche ihren Werth prüfen wollen, im Original lesen.

Dem Ref. scheint es, als ob der vom Autor geführte Beweis (einschliesslich der beschriebenen Fälle) keineswegs bindend wäre. M'BRIDE.

85) **E. Fletcher Ingals. Chronische rheumatische Laryngitis. (Chronic rheumatic laryngitis or chronic rheumatic sore throat.)** *Medical Register. 111. 23. Philadelphia, 1888.*

Diese Fälle sind, obwohl häufig vorkommend, bisher noch nicht beschrieben worden. Die Krankheit bietet keine anatomischen Characteristica dar, sondern meistens circumscripte Stellen leichter, aber veränderlicher Schwellung. Die Affection wird oft irrthümlicherweise für eine einfache Neuralgie gehalten. Sie kann plötzlich, allmälig oder schleichend beginnen: Die Hauptsymptome sind Halsschmerzen, die nach verschiedenen Richtungen ausstrahlen, aber meistens in den Zungenbeinhörnern empfunden werden und auf Druck fast stets sich vermehren. Dass die Krankheit eine Folge derselben Ursachen wie der Rheumatismus ist, wird dadurch bewiesen, dass 1. fast alle, wenn nicht alle Patienten eine ererbte oder erworbene rheumatische Diathese haben; dass 2. die Schmerzen denselben Verlauf der Intermission, Remission und Exacerbation je nach dem Wechsel des Wetters haben, und dass 3. nur rheumatische Mittel von Nutzen sind.

Die Behandlung besteht in localen Pinselungen und innerlich in sedativen und stimulirenden, besonders aber in rheumatischen Mitteln.

W. J. SWIFT ((LEFFERTS).

86) **A. Sokotowski (Warschau). Laryngitis phlegmonosa submucosa idiopathica. (O samodzielnem głebokiem obrzękowem zapaleniu krtani.)** *Gazeta lekarska. No. 20, 21. 1888.*

Unter diesem Titel bringt S. eine Beschreibung von 7 Fällen von acutem partiellem Larynxödem, Abscessus laryngis und Chorditis vocalis infer. in derselben Rubrik. Es handelte sich um einseitige, entzündliche Schwellungen des Ligam. ary-epiglotticum, der Cart. Santorini in 3 Fällen mit partieller Schwellung der Epiglottis. Schlingbeschwerden, in einigen Fällen leichte Heiserkeit bildeten die Hauptklagen der Patienten. Das Fieber war ganz unbedeutend, die Krankheit endete in 6—8 Tagen in Genesung. Im Rachen wurde ausser leichter Röthung

nichts Abnormes constatirt. In 3 Fällen kam es zu Eiterbildung, der durch Incision entleert wurde. Ob diese Krankheit, wie S. behauptet, schon Aretaeus, Celsius, Aurelianus und Hippokrates gut bekannt war, wagt Ref. nicht zu entscheiden. Ein Vergleich mit den Fällen, die Massei als Erysipelas laryngis beschrieben, trägt nicht dazu bei, Klarheit in die Angaben des Verf. zu bringen.

HERYNG.

87) **G. H. Darwin** (Manchester). **Larynxödem. (Oedema of the larynx.)** *Sitzung der Clinical Society of Manchester. p. 80. 14. Januar 1888.*

Patientin, eine 45jährige Frau, hatte während eines Ohnmachtsanfalles etwas Branntwein bekommen. Derselbe war während der Inspiration in den Larynx und die Bronchien gekommen und hatte krampfhaften Husten, Schmerzen in den Ohren und bedrohliche Dyspnoe hervorgerufen. Die Taschenbänder fanden sich sehr geschwollen und die den Larynx bekleidende Schleimhaut sah sehr roth und geschwollen aus. Ueber Brust und Rücken hörte man Rasselgeräusche und über einer grossen Partie war Fremitus zu fühlen. Hinter dem Sternum bestand heftiger Schmerz; die Expectoration war schaumig und blutig gestreift. Man gab Eis zum Saugen, legte heisse Compressen und verabreichte ernährende Suppositorien. Später wandte man Dampfinhalationen an. Nach 12 Stunden war der Larynx und der ganze Hals mit strohgelben Blasen bedeckt. Am nächsten Morgen hatte das Oedem sehr zugenommen, und die Inspiration war krähend. Patientin erholte sich allmälig.

A. E. GARROD.

88) **Bandler** (Prag). **Zur Kenntniss des acuten Kehlkopfoedems.** *Prager medic. Wochenschrift. No. 19. 1888.*

Nach einer kurzen Besprechung der Literatur geht B. auf die ausführliche Beschreibung 3 von ihm beobachteter Fälle über.

Der erste betrifft ein Oedem der Epiglottis als erstes Symptom einer Nierenerkrankung; dieses Oedem entstand wahrscheinlich in Folge einer heftigen Erkältung bei dem an Kehlkopfcatarrh und Morbus Brightii chronicus leidenden Manne. Im zweiten Falle handelte es sich um ein acutes Oedem über dem rechten Aryknorpel und dem Lig. aryepigl. dext., wahrscheinlich in Folge eines Ritzes durch einen Holzsplitter beigebracht. Endlich im dritten Falle kam es bei einem an Variola erkrankten Mädchen am 9. Tage der Erkrankung zu einem Oedem des ganzen Kehlkopfeinganges. In allen Fällen kam es nach 2—3 Tagen zur Rückbildung der Schwellung; die Therapie bestand in localer Anwendung von Kälte und im dritten Falle auch in Scarificationen. B. hebt schliesslich noch die Gefährlichkeit der Erkrankung hervor, die strenge Ueberwachung des Kranken fordert.

CHIARI.

89) **T. Harris** (Manchester). **Necrotisirende Ulceration des Larynx. (Sloughing Ulceration of the larynx.)** Sitzung der Pathological Society Manchester. *British Medical Journal. 25. Februar 1888.*

H. demonstrirte den Larynx eines 52jährigen Mannes, welcher an einer Krankheit der Cardia gelitten hatte. Die Affection des Larynx war intra vitam nicht vermuthet worden. In den letzten drei oder vier Tagen war seine Stimme



... sehr übelriechend; er hatte auch eine kleine Quanti-
...
... fand sich eine nekrotische Stelle an der linken Seite des ... welche sich von der linken Giessbeckenknorpelbasis bis unterhalb ... erstreckte, welches zum Theil zerstört war. Der Fleck, ... eines Schillings hatte, war von graugelber Farbe, der Rand ... Er erstreckte sich abwärts nach der Fläche des Schildknorpels, ... nicht nekrotisch war. Der übrige Theil des Larynx war geschwollen, ... Falten ödematös. Ein Fremdkörper war nicht vorhanden, auch kein ..., endlich auch kein Zeichen von Syphilis. A. E. GARROD.

90) Malinowski (Warschau). **Chronische luetische Larynxstenose, Oedema laryngis. Tracheotomie. Tod. (Przewlekłe zwężenie przymiotowe krtani i tchawicy u dziecka, obrzęk głośni. Tracheotomija; śmierć.)** *Gazeta lekarska. No. 28. 1888.*

Ein 15monatliches Kind, das in den ersten Lebensmonaten an hereditärer Lues gelitten und eine antisyphilitische Cur durchgemacht hatte, erkrankte unter Erscheinungen von Larynxstenose, croupähnlichen Hustenanfällen und Dyspnoe, die zur Tracheotomie nöthigte. Bei derselben zeigte sich die Trachea so hochgradig verengt und die Mucosa so degenerirt, dass kaum die dünnste Canüle eingeführt werden konnte. Das Kind starb am nächsten Tage. M. hält die Prognose in solchen Fällen trotz antisyphilitischer Cur für schlecht und macht auf die Häufigkeit von Pharynxcatarrhen, Croup und Mandelentzündungen bei hereditärer Lues aufmerksam. HERYNG.

91) A. Huijsman. **Epiglottiscyste.** *Weekblad van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 14. 1888.*

$2\frac{1}{2}$ Ctm. lange, $1\frac{1}{2}$ Ctm. breite und $1\frac{1}{2}$ Mm. dickwandige Cyste mit halbflüssigem, käseartigem Inhalt, welche den grössten Theil der vorderen linken Kehldeckelhälfte bedeckte. Entfernung galvanokaustisch. BAYER.

92) Schnitzler (Wien). I. **Ein Fall von Neubildung im Kehlkopfe.** Demonstrirt im Doctoren-Collegium. *Mittheilungen des Wiener med. Doctoren-Collegiums. No. 3. 1888.*

Ein grosses, hartes Papillom wurde mit der Guillotine entfernt.

II. **Umschriebene Wucherung an der hinteren Kehlkopfwand eines Mannes, der an Lungentuberculose und recenter Syphilis zu gleicher Zeit litt.**

Schn. bespricht diese Combination und die Differentialdiagnose zwischen Tuberculose und Syphilis. CHIARI.

93) C. A. Todd. **Exstirpation eines seit 25 Jahren bestehenden Tumors aus dem Larynx. (Removal from the larynx of a tumor of 25 years growth.)** *St. Louis Courier of Medicine. Januar 1888.*

Patient, ein Mann von 50 Jahren, bemerkte als Knabe, dass seine Stimme versagte; öfters als er bei einer Gelegenheit vor 25 Jahren sang, verschwand sie ganz, und seitdem war er ausser Stande, zu phoniren. Acht Jahre darauf begann

er, an Athemnoth zu leiden. Man machte wiederholte vergebliche Versuche, einen Tumor, der die Symptome bedingte, zu entfernen, wobei einmal eine schwere Blutung erfolgte.

Als S. den Patienten sah, bestand grosse Athemnoth und die Stimme war ein heiseres Flüstern. Der Tumor war ein Papillom, ausgehend von der vorderen Partie des Larynx, nahe der Basis der Epiglottis, und füllte offenbar den Larynx vollständig aus. Er wurde mittelst der Schlinge in einer Reihe von Operationen entfernt. Die Stimme ist noch rauh, aber kräftig. und das Allgemeinbefinden hat sich sehr gebessert. Der Tumor zeigt Anzeichen von Recidivirung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

94) **Samson Gemmell. Papillome des Larynx. (Papillomata of the larynx.)** *Glasgow Med. Journal. März 1888.*

Ein 3jähriges Kind litt an Larynxpapillomen, welche solche Athemnoth verursachten, dass man die Tracheotomie machen musste. Drei Wochen später wurde das Kind mitten in vollständiger Gesundheit vom Fieber befallen (Temperatur von 39,5 bis 41.0 °) und starb nach zwei Tagen. Bei der Section fand man nichts, was das Fieber erklären konnte. Die Discussion über diesen Fall, an welcher sich Macintyre betheiligte, förderte nichts Neues zu Tage. M'BRIDE.

95) **Hunt** (Liverpool). **Larynxpolypen. (Laryngeal polypi.)** *Liverpool Medico-Chirurgical Journal. Januar 1888.*

Es wurde ein Patient vorgestellt, bei dem Larynxpapillome mit der Schrötter'schen Zange exstirpirt worden waren. Der Autor meint, dass eine Umwandlung gutartiger Tumoren in maligne noch nicht erwiesen sei. H. ist ferner der Ansicht, dass die Differentialdiagnose zwischen einfachen und malignen Neubildungen mehr auf Grund der klinischen, als der mikroscopischen Untersuchung gestellt werden sollte. M'BRIDE.

96) **M. Braun** (Triest). **Papilloma des l. Aryknorpels und der Interarytenoideal-Schleimhaut.** *Internat. klin. Rundschau. No. 19. 1888.*

B. hebt die Seltenheit der Lokalisation hervor. Er entfernte den Tumor und ätzte mit Chromsäure. CHIARI.

97) **Percy Kidd** (London). **Ein Fall von Angiom des Larynx. (A case of angioma of the larynx.)** *Brit. Med. Journal. 17. März 1888.*

Eine Frau von 50 Jahren, die an Bronchitis gelitten hatte, kam mit der Klage über den Verlust ihrer Stimme. Dieselbe war vor etwa 9 Jahren schwach geworden und hatte sich zeitweilen ganz verloren. Patientin war eine magere, nervöse Frau. In der Brust fand sich nicht Abnormes, aber der Puls der rechten Radialis und Brachialis war kleiner als der der linken.

Man sah einen kleinen Tumor, der vom vorderen Ende des linken Stimmbandes ausging, von ovaler Gestalt und zum Theil doppeltgelappt, dunkelrother Farbe mit granulirter Oberfläche. Er war an der oberen Fläche des Stimmbandes mit einem Stiel befestigt, der freie Beweglichkeit gestattete. Sonst war der Kehlkopf gesund. Beim Phonationsversuche bewegten sich die Stimmbänder in einer eigenthümlich oscillirenden Weise gegen die Mittellinie. Der Tumor wurde, nach-

[illegible] Larynx mit Cocain gepinselt hatte, mit der Zange entfernt. Es erfolgte [illegible] Blutung. Patientin wurde aber wegen ihres hysterischen Zustandes ein [illegible] Tage im Krankenhaus zurückgehalten. Das linke Stimmband war einige [illegible] stark geschwollen, und man sah eine leichte ödematöse Schwellung an [illegible] Ansatzstelle des Tumors, die jedoch bald verschwand. Die Stimme der [illegible] äusserte sich sehr schnell und wurde schliesslich normal; die [illegible] Bewegungen der Stimmbänder blieben jedoch bestehen. Die mikroskop[illegible] Untersuchung, welche K. sehr sorgfältig beschreibt, zeigte ein cavernöses [illegible], wie man es nicht selten in der Leber findet. — K. betont, dass das [illegible] eine äusserst seltene Form der Larynxtumoren sei.

A. E. GARROD.

98) [illegible] **Enchondrom des Kehlkopfs.** *Beiträge zur klinischen Chirurgie etc. Bd. [illegible] Heft [illegible] 188[illegible].*

[illegible] nur 14 Fälle von Enchondromen der Larynx bekannt gewesen; am [illegible] der Ringknorpel und zwar seine innere Fläche ergriffen, dann folgt der Schildknorpel und zuletzt die Giesskanne und der Kehldeckel. Zuweilen sind die Enchondrome ungefährlich, sehr oft aber machen sie Athemnoth und bedingen [illegible]. Die endolaryngeale Operation eignet sich nur für kleine Exemplare, während für die grösseren die Laryngotomie indicirt ist. Die Schleimhaut [illegible] wird gespalten und die Geschwulst mit Zange oder [illegible]. Ist der Knorpel, von dem die Neubildung ausging, ganz [illegible] aufgegangen, so ist die Resection oder Exstirpation des Knorpels [illegible] der Neubildung erforderlich. Der von B. operirte Fall betrifft ein [illegible] den Theil des Tumors sass auf der hinteren Kehlkopfwand [illegible] unterhalb des rechten Stimmbandes.

SCHECH.

99) [illegible] (Madrid). **Sehr umfangreicher, die ganze Gegend oberhalb der [illegible] Kehlkopfpolyp fibröser Natur. Stimmlosigkeit. [illegible] Heilung.** (Pólipo laríngeo muyvoluminoso y de [illegible] fibroso, ocupando toda la región supraglótica. Afonia. Peligro [illegible] asfixia. Curación.) — **Phlegmonöse Kehlkopf[illegible] bei einem hemiplegischen Kranken. Hochgradige Glottisstenose; [illegible] Luftröhrenschnitt.** (Laringitis flegmonosa en un individuo hemi[illegible] asfixia, curacion después de la traqueotomia.) *Revista [illegible] Mayo 1888.*

[illegible] handelt es sich um einen 43jährigen starken Trinker, Rau[illegible], in dessen Kehlkopf man bei Spiegeluntersuchung ein die [illegible] haselnussgrosses, wie eine unreife Himbeere [illegible]. Unter den in Frage kommenden Behandlungs[illegible] Luftröhrenschnitt oder Entfernung auf natürlichem [illegible] auf das Cocain, für letztere, die ihm [illegible] gelang. Nachfolgende leichte galvani[illegible] Ansatzstelle vollendeten die Heilung. Auf [illegible], dass es bei der vortrefflichen anästheti[illegible] des Cocains nur selten erforderlich sein möchte, auf die intra[illegible] Behandlung der Kehlkopfgeschwülste zu verzichten, und auch in

solchen Ausnahmefällen hält er es für gerathener, die Entfernung auf natürlichem Wege nach vorbereitendem Luftröhrenschnitt anzustreben als sogleich zum Kehlkopfschnitte zu schreiten.

Gegenstand der zweiten Beobachtung war ein 64jähriger Herr, der ein Jahr vorher einen Anfall von Hirnblutung mit nachfolgender Parese der linken unteren Extremität gehabt hatte. Ungefähr 7 oder 8 Monate nach dem Anfall stellte sich ein Kehlkopfleiden mit Heiserkeit, Husten und Athmungsbeschwerden ein, welche Erscheinungen sich derartig steigerten, dass der Kranke keinen Augenblick Ruhe hatte; diese Steigerung machte sich besonders geltend, als man dem Kranken ein Zugpflaster auf den Hals applicirt hatte. Der Versuch einer Spiegeluntersuchung rief trotz grösster Vorsicht einen bedrohlichen Kehlkopfkrampf hervor, der von jedem neuen Versuche, zu einer genaueren Diagnose zu gelangen, Abstand zu nehmen zwang. Um den Patienten von der unmittelbaren Todesgefahr zu befreien, wurde der Luftröhrenschnitt gemacht. Am 3. Tage stellte sich Fieber, lästiger Husten mit schleimig-eiterigem Auswurf, Appetitlosigkeit, schlechter Geschmack und Trockenheit der Zunge ein; aus dem Munde und der Canüle kam ein übler Geruch, der zusammen mit den übrigen Erscheinungen das Vorhandensein einer septischen Lungenentzündung befürchten liess; jedoch nach 2 Tagen hörte das Fieber auf. alle übrigen Erscheinungen liessen nach, der Kranke vermochte mit zugehaltener Canüle zu athmen, bekam seine Stimme wieder und auch die Halsanschwellung verschwand. Die wenige Tage darauf vorgenommene Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel liess nur eine leichte Schwellung des linken Taschenbandes mit zwei eiternden Stellen wahrnehmen; das gleichseitige Stimmband bewegte sich nur sehr wenig bei der Abduction. Nach der Meinung des Verf.'s nahm das anfängliche Kehlkopfleiden (Catarrh!) einen entzündlichen Charakter an und ging in Eiterung über; daher das septische Fieber.

Aus diesem Falle zieht Verf. folgende praktische Schlüsse: 1. In dergleichen Fällen wäre es verwegen weitere Untersuchungsversuche zu machen, die das Leben des Patienten blosstellen könnten und reicht der Umstand, dass der Kranke der Erstickung durch Stenose ausgesetzt ist, vollkommen hin, um den sofortigen Luftröhrenschnitt als einziges Rettungsmittel zu rechtfertigen. 2. Bei Kehlkopfentzündungen ist das Auflegen starkwirkender Ableitungsmittel auf die Halsgegend eine sehr gewagte Massnahme. 3. Unter solchen Umständen kann der Luftröhrenschnitt, ausser der einstweiligen Erfüllung der Indicatio vitalis, auch noch zur Heilung des Kehlkopfleidens beitragen. GONGORA-SENTINON.

100) **M. Braun** (Triest). **Fibrom der unteren Fläche des linken Stimmbandes. Krampferzeugende Wirkung des Cocains. Operativer Eingriff mit dem Kehlkopfmesser. Vollständige Heilung.** *Wiener med. Blätter. No. 26. 1888.*

Da das Cocain hier versagte, übte B. den Kranken durch drei Wochen mit der Sonde und versuchte den erbsengrossen harten Tumor abzuquetschen. Da das misslang, stach er mit dem Messer durch das Stimmband durch und umschnitt den Tumor so, dass er nur an einem dünnen Stiele am Stimmbande hing. Er konnte dann leicht mit der Pincette entfernt werden. Die Wunde heilte schnell und die Stimme wurde hell und klangvoll. CHIARI.



A. Heise. Ueber [illegible] im Innern des Kehlkopfes und der Luftröhre. *Beiträge zur [illegible] von P. Bruns. Bd. III. Heft 1. S. 109. 1887.*

Seit 18[illegible] [illegible] intralaryngealer und intratrachealer Struma auf der [illegible] Der [illegible] Fall stammt bekanntlich von Ziemssen [illegible] der Schilddrüse im postfötalen Leben [illegible] vielmehr muss man eine angeborne [illegible] Schilddrüsengewebe in der Trachea [illegible] accessorische Schilddrüse aufzufassen. [illegible] Krankengeschichten ist im Original [illegible]

SCHECH.

[illegible] laryngeale Chirurgie. (Chirurgia endolaringea.) [illegible] 1888.

[illegible] Centralblatte etc." vor- [illegible] die Möglichkeit der Umbildung gutartiger [illegible] intralaryngealer Operationen", berichtet [illegible] zum 29. Februar 1888 52 Fälle gutartiger [illegible] von welchen 40 Papillome waren. Nach [illegible] 4 gutartige Larynxtumoren behandelt, von [illegible] das Papillom sich sehr selten an derselben [illegible] die Umwandlung eines gutartigen [illegible] zu haben, sei es nach einer endola- [illegible] Operation. — Endlich berichtet [illegible] Tumoren gesehen habe.

CARDONE.

[illegible] Ein Beitrag zur Operation von Larynxpolypen. [illegible] operacyjnego polipow krtaniowych.) [illegible]

HERYNG.

[illegible] Kehlkopfkrebs und die Resultate seiner Behand- [illegible] 1888.

[illegible] von Carcinoma laryngis, die seit 1880 [illegible]

[illegible] dass in 4 Fällen kein operativer [illegible] der Gesammtfälle. Der Exitus le- [illegible] zweiten 14 Monate und im dritten Falle [illegible] Erscheinungen von Seiten des Larynx [illegible] wann das Leiden begann.

[illegible] ausgeführt in 17 Fällen, also in 14 pCt. [illegible] war ist der Tod eingetreten innerhalb [illegible] nach 3 Monaten in 1, nach 4 Monaten [illegible] 2 und nach 9 Monaten in 1 Falle. An [illegible] sind also 7 gestorben = 41 pCt. Die [illegible] meist finden wir Pneumonie und Ma-

rasmus notirt. Einer der Fälle, der überhaupt viele Abweichungen bietet, ist der Fall Beschorner, der, wenn auch nicht definitiv, so doch, und zwar ohne weiteres Zuthun so geheilt ist, dass das Wachsthum der Neubildung nach der Tracheotomie aufgehalten worden ist, und die Patientin 4 Jahre nach der Operation keine Beschwerden seitens des Kehlkopfs hat.

Bemerkenswerth ist die grosse Mortalität an der Tracheotomie. Die ungünstigen Ergebnisse erklären sich wahrscheinlich dadurch, dass die Tracheotomie meistens spät und erst bei eintretender Indicatio vitalis gemacht wird.

Die Zahl der tracheotomirten Fälle ist jedoch eine zu geringe, um daraus sichere Schlüsse ziehen zu können.

C. Die Laryngotomie zum Zwecke der Exstirpation von Carcinomen in dem Innern des Kehlkopfes ist neunmal zur Ausführung gekommen, d. h. in 7 pCt. Drei von diesen sind innerhalb der ersten 14 Tage zu Grunde gegangen, d. h. $33^{1}/_{3}$ pCt. Einmal trat der Exitus ein 18 Stunden nach der Operation unter Erscheinungen des acuten Lungenödems, einmal 10 Tage p. op. an Pyämie und einmal 11 Tage p. op. an Herzinsufficienz und Thrombose der Art. pulmon.

Recidiv wurde in drei Fällen constatirt, und zwar in einem Falle schon 3 Monate p. op., im zweiten 10 Monate, in welchem Falle der Tod erst 9 Monate später an Cachexie eintrat, und im dritten Falle 13 Monate p. op.

Mithin bleiben drei Fälle übrig. Da jedoch in zwei Fällen die Beobachtung nach einigen Wochen abgeschlossen ist, so kann nur der Fall Salzer (No. 30) als dauernd geheilt betrachtet werden. Nach 2 Jahr 9 Monaten war noch kein Recidiv eingetreten.

D. Die partielle Kehlkopfexstirpation ist in 23 Fällen vorgenommen worden, mithin in $18^{1}/_{2}$ pCt. aller Fälle.

Von diesen endigten innerhalb der ersten 14 Tage nach der Operation 2 tödtlich. Ein Patient starb am 12. Tage plötzlich nach vorhergegangenem vorzüglichen Befinden, und der andere am 11. Tage.

Von der 3. bis 6. Woche p. op. gingen 3 zu Grunde, also an den Folgen der Nachbehandlung, und zwar 2 an Pneumonie und einer an Mediastinitis ant. et Bronchitis putrid.

Das Eintreten von Recidiv ist 5 Mal notirt. In 4 Fällen trat es schon in den ersten 3 Monaten und bei einem, No. 40 (Hahn), erst nach 16 Monaten.

Es bleiben also 13 Fälle, die zur Zeit der Veröffentlichung ohne Rückfall leben. Doch müssen einzelne von diesen Heilungen mit Vorsicht beurtheilt werden, da die Zeit der Beobachtung bei denselben eine verhältnissmässig zu kurze war, als dass man von einer dauernden Heilung sprechen könnte. Da ja im Falle Hahn No. 40 noch nach 16 Monaten ein regionäres Recidiv erfolgte, so muss man eine Beobachtungsdauer von mindetens 16 Monaten verlangen. Es müssen daher 8 Fälle ausgeschaltet werden. Von diesen sind

1—3	Monate	4 Fälle	beobachtet
3—6	„	2 „	„
7	„	1 „	„
14	„	1 „	„

Monat ... Recidiv

... Tumors auch durch die ... Carcinoma kera-

... in Procenten ... Tagen, 13 pCt. Todes- ... pCt. und schliesslich ... Publikation 35 pCt.

... Kehlkopfsexstirpa- ... als die einfache, ... dass sie als End- ... die Kritik jedoch ... muss.

... werden, dass in diesen ... also in einem Falle ... Ergebnisse ist in ... aber deutlich ver-

... in 68 Fällen ausge- ... 18 notirt, bei denen ... Eingriffs erfolgt ist. ... Tagen, an Collaps in 2. ... am 3. Tage nach einer ... an Shock in 1 Falle ... p. op., an Septicämie ... p. op., an Inanition ein- ... Nachblutung am 8. Tage.

... bei 5 Patienten, von ... Bei einem ist die

... meist in einem schon ... und es zeigt sich auch ... grosse Sterblichkeit

... 3 Monaten erfolgte ein ... 6 bis 9 Monaten bei ... Recidiv constatirt; das- ... Fall Chiarella No. 93

nach $2^1/_2$ Jahren erst ein Recidiv gefunden, wenn die Angabe in dem kurzen Referate, das Sch. zur Verfügung stand, eine richtige ist.

An intercurrenten Erkrankungen starben 6. Bei diesen war zur Zeit des Todes kein Recidiv zu erkennen. 4 sind an croupöser Pneumonie zu Grunde gegangen, einer an Apoplexie 8 Monate p. op, und einer an Asphyxie $13^1/_2$ Monate p. op. Es bleiben mithin übrig nur 22 Geheilte. Von diesen müssen noch wegen zu kurzer Beobachtungszeit 13 abgezogen werden, so dass schliesslich 9 definitiv Geheilte sind, die länger als 16 Monate unter genauer Beobachtung standen.

Seit der Operation waren zur Zeit der Veröffentlichung verflossen:

2— 8 Wochen	in 5	Fällen
3— 6 Monate	„ 5	„
8—10 „	„ 3	„

Die dauernd geheilten Fälle sind:

Fall No. 113 (Maydl)	nach	1 Jahr	4 Monaten	kein	Recidiv,
„ „ 114 (Kocher)	„	1 „	4 „	„	„
„ „ 115 (Landerer)	„	1 „	5 „	„	„
„ „ 116 (Landerer)	„	1 „	6 „	„	„
„ „ 117 (Gussenbauer)	„	1 „	9 „	„	„
„ „ 118 (Gussenbauer)	„	2 „	2 „	„	„
„ „ 120 (Winiwarter)	„	2 „	6 „	„	„
„ „ 119 (v. Bergmann)	„	3 „	— „	„	„
„ „ 120 (Gottstein)	„	3 „	6 „	„	„

Drücken wir die Ergebnisse der 68 Totalexstirpationen in Procenten aus, so ergiebt sich, dass $26^1/_2$pCt. Todesfälle durch die Operation, $7^1/_2$pCt. Todesfälle durch die Nachbehandlung eintraten, dass Recidiv in 25pCt. und der Tod an anderweitigen Erkrankungen in 9 pCt. erfolgte, und dass $32^1/_2$ pCt. Heilungen eintraten, von denen wiederum wegen einer zu frühen Veröffentlichung 19 pCt. abgezogen werden müssen.

Aus diesen Zahlen ergiebt sich, dass bei der Totalexstirpation die unmittelbare Gefahr der Operation eine bedeutend grössere ist als bei der partiellen Resection, dass hinsichtlich der Sicherheit vor Recidiven die partielle Entfernung günstigere Chancen gewährt als die totale, und dass endlich die Zahl der geheilten Patienten auch eine viel grössere bei der partiellen ist, als bei der totalen Larynxexstirpation.

F. Die Beseitigung des Carcinoms per vias naturales ist nur 4mal zur Ausführung gekommen. Nur in einem Falle No. 125 (Fränkel) gelang es, eine dauernde Heilung mit Erhaltung der Function des Kehlkopfs herbeizuführen. Patient erfreut sich nach 4 Jahren p. op. eines guten Wohlbefindens und zeigt kein Recidiv. Die Diagnose ist durch genaue mehrmalige mikroscopische Untersuchung bestätigt. Im Fall 123 (Chiari) ist das Leben durch mehrere endolaryngeale Operationen um 5 Monate verlängert worden, obgleich von vornherein von einer vollständigen Ausrottung der malignen Geschwulst Abstand genommen war und man dem Patienten zur totalen Exstirpation des Larynx gerathen hatte.

Der Fall No. 122 (Myles), in welchem ein Epitheliom der Epiglottis intralaryngeal entfernt wurde, ist zu kurze Zeit beobachtet, um ihn als wirklich geheilt



Die dauernd geheilten Fä[illegible]

Fall No. 49 (Se[illegible]

" " 50 (Sch[illegible]

" " 51 (Stö[illegible]

" " 52 (Fr[illegible]

" " 53 (Ha[illegible]

In letzteren 5 Fällen [illegible]
mikroscopische Untersuchung
todes ergab.

Drückt man die Endres[illegible]
aus, so findet man, dass 9 p[illegible]
fälle von der 3.—6. Woche [illegible]
in $56^1/_2$ pCt. Heilung erfolgt
subtrahirt werden müssen.

Es geht hieraus h[illegible]
tion als Operation an s[illegible]
allerdings spät ausgef[illegible]
resultat $56^1/_2$ pCt. Heil[illegible]
als zu früh veröffentl[illegible]

Was die Recidive a[illegible]
Fällen die Operation das l[illegible]
bis 16 Monate verlängert [illegible]
den 5 dauernd erhaltenen
nehmbare Stimme erzielt [illegible]

E. Die totale E[illegible]
führt, d. h. in $54^1/_2$ pCt.
der tödtliche Ausgang a[illegible]
Der Tod erfolgte an: P[illegible]
(ein Mal einige Stunden
bedeutenden Hämorrhag[illegible]
40 Stunden p. op., an [illegible]
in einem 5 Tage p. op.,
mal 7 Tage p. op., u[illegible]
Einmal ist die Todesur[illegible]

Von der 3. bis 6 [illegible]
denen 2 an Pneumoni[illegible]
Todesursache nicht a[illegible]

Es ist wohl anz[illegible]
weit vorgeschrittene[illegible]
hier, wie bei der Tr[illegible]
in Folge der Operat[illegible]

Recidiv ist in [illegible]
Rückfall nur bei [illegible]
3. Bei Fall Maur[illegible]
selbe soll jedoch [illegible]

... stud. R. bespricht die Ursprungsstellen der A. vertebr., der Thyreoid. ...carotiden und der A. thyr. super., die Einlagerung der Hirnschlag- ...canäle und Knochenringe, sowie die collateralen Bahnen im Liquor ... Die Waldeyer'sche Ansicht, dass durch die Einlagerung der vier ...rn in Knochencanäle die pulsatorische Ausdehnung der Gefässe ... kann R. nicht theilen, im Gegentheil fand er, dass weder die ... Vertebralis mit den Knochen in directem Zusammenhang stehen, ... alle vier cerebralen Arterien so vollständig von Venennetzen um- ...s für die pulsatorischen Bewegungen ganz ähnliche Bedingungen ... für alle Körperschlagadern, welche zwischen Weichgebilden liegen. ...bringt unbehindert ihre diastolische Bewegung im Felsenbein, in- ... umgebende Medium, das Blut in den Venen, verdrängt. R. kommt ...usse, dass die nach Entfernung der Thyreoidea auftretenden Störungen ... Folgen der Ausschaltung der Schilddrüsengefässe sein können; ...ne die chemische Veränderung des Blutes nach der Entfernung der ...elemente die Hauptrolle zu spielen; inwieweit diese chemische Ver- ...er constant vorkommt und welchen Einfluss die mögliche Sympathi- ...ung am Halse ausübt, muss noch weiter erforscht werden.

... Debatte meinte Grashey, er könne sich, wenn wirklich chemische ...re Rolle spielten, nicht erklären, warum der schlimme Effect der ...ration nicht auftrete, wenn Rudimente der Schilddrüse zurückgelassen ...der die ganze Schilddrüse pathologisch verändert sei. Er glaube, dass ...rbindung der Thyreoideagefässe ein vermehrter Andrang von Blut zum ...stattfinde, der nicht immer günstig auf die Ernährung und Function des ...wirke; zu bedenken sei ferner, dass auch bei der Strumectasie zahlreiche ...bahnen, Abflusswege des Liq. cerebrospinalis mit durchschnitten werden, ...ihrerseits wiederum zu Circulationsstörung im Gehirne führen können, ...gen, die auf die Dauer vom Gehirn nicht ohne Schaden getragen werden. ...ger entgegnet, dass bei Operationen am Halse allerdings Lymphbahnen ...schnitten würden, dass aber die grossen Canäle für die Lymphe meist er- ...bleiben. Angerer und Kuppfer meinen, dass die Entfernung der Schild- ... sich, nicht die Ausschaltung der Gefässe die Ursache der Cachexie ist, ...die Schilddrüse in secretorischer Hinsicht nicht zu unterschätzen sei. ...er und v. Ziemssen bezweifeln, ob die Ausschaltung der Drüse es ist, ... bekannten Erscheinungen hervorruft. SCHECH.

...oth (Lenggries). **Fall von Störung der Gehirnfunction bei Carcinom ...reoidea.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 10. 1888.*

... Delirien, Schwindelanfälle, Cachexie, starkes Oedem der Beine bei ...ährigen, an harter höckeriger Struma leidenden Manne. SCHECH.

...runs. **Zur Frage der Entkropfungs-Cachexie.** Beiträge zur klinischen ... *Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Tübingen. Bd. III. Heft 2.*

...vertritt Anderen gegenüber die Anschauung, dass die schädliche Wir- ... der totalen Kropfexstirpation lediglich aus dem Ausfalle der specifischen,

für das Centralnervensystem unentbehrlichen Function der Schilddrüse, d. h. aus dem Antheil der Drüse an dem Stoffwechsel, zu erklären ist. B. sah in allen seinen Fällen von Totalexstirpation Cachexie nachfolgen, während Andere nur einen Theil oder keinen ihrer Operirten der Cachexie verfallen sahen. Dies letztere erklärt sich, wie B. nachweist, einestheils aus der mangelhaften Nachbeobachtung solcher Operirten, die erst nach Monaten die ersten Symptome der Krankheit bekommen, anderntheils aus dem Umstande, dass unbewusst und unbeabsichtigt doch ein Stück Thyreoidea zurückblieb, was bekanntlich vor der Cachexie schützt. Zuweilen tritt die Cachexie ein, verschwindet aber wieder oder bessert sich mit dem Auftreten eines Strumarecidivs. Auch das Vorhandensein einer Nebenschilddrüse schützt vor Cachexie; sie kann so klein sein, dass sie völlig übersehen und dann erst wahrgenommen wird, wenn sie hypertrophirt und gleichsam die Rolle der exstirpirten Schilddrüse übernimmt. Besonders häufig sind die oberen medianen Nebenschilddrüsen am Processus pyramidalis; auch in der Trachea kommt zuweilen Schilddrüsengewebe vor, wofür B. ein neues Beispiel erzählt. Zum Schluss weist B. auf die Identität der Cachexia strumipriva und Myxödem hin und bringt als Belag eine ausführliche Krankengeschichte. B. macht jetzt nur noch die partielle Exstirpation, hauptsächlich die intracapsuläre oder intraglanduläre Ausschabung.

SCHECH.

110) **Berdez** (Lausanne). **Tetanismus beim Menschen nach Entkropfung.** Vorstellung, ref. in *Revue méd. de la Suisse romande. No. 3. p. 175. 1888.*

B. stellt einen 15jährigen Knaben vor, welcher seit der vor $1^1/_2$ Jahren ausgeführten Operation Lähmung beider Nn. recurrentes, Tetanismus und ausserordentliche galvanische Erregbarkeit hat. Beispielsweise erzeugt die Kathode eines schwachen Stromes über dem horizontalen Ast des 12. Paares angelegt, tetanische Zusammenziehungen der entsprechenden Zungenhälfte. In der Discussion macht Prof. Herzen auf die vorwiegende Empfindlichkeit des N. phrenicus bei Thieren aufmerksam. Näheres wird über den Fall nicht gesagt.

JONQUIÈRE.

111) **Billroth** (Wien). **Ueber Scirrhus glandulae thyreoideae.** *Wiener medicin. Wochenschrift. No. 20. 1888.*

B. hatte schon öfters Fälle beobachtet, in welchen harte knotige Indurationen am Halse, tief neben Larynx und Oesophagus sitzend, Athem- und Schlingbeschwerden mässigen Grades hervorriefen. Der Sitz liess sich nicht genau bestimmen, doch war die Betheiligung der Schilddrüse wahrscheinlich. Erst in jüngster Zeit konnte sich B. durch 2 Operationen überzeugen, dass es sich um scirrhöse Processe in der Gl. thyr. handle, welche dem atrophirenden oder vernarbenden Scirrhus mammae analog sind. Beide Operationen waren sehr schwierig. Die histologische Untersuchung zeigte ein sehr hartes faseriges Gewebe mit Resten von Drüsenblasen; in einem Falle waren reichliche Lymphdrüseninfectionen vorhanden, so dass man daraus auf die krebsige Natur des Leidens schliessen musste. Die ersten Symptome sind meist Schmerzen, Athem- und Schlingbeschwerden, die bald stärker werden; die Prognose ist sehr ungünstig, selbst im jugendlichen Alter. Frühzeitige Exstirpation ist angezeigt, da dann

eine radicale Heilung möglich ist; in späteren Stadien kann die Operation grosse Schwierigkeiten machen. CHIARI.

112) **Rindfleisch** (Würzburg). **Demonstration eines Carcinoms der Schilddrüse.** *Physik. med. Gesellschaft zu Würzburg. 17. März 1888.*

Das Präparat ist dadurch interessant, dass auf der einen Seite ein krebsiger Thrombus in der Vena thyreoidea inferior, auf der anderen Seite ein krebsiger wandständiger Thrombus im Truncus anonymus sich findet. SEIFERT.

g. Oesophagus.

113) **C. Blume** (Kopenhagen). **Ueber Phlebectasia et varices oesophagei als Folge von collateraler Circulation des Pfortaderblutes.** Eine anatomische klinische Untersuchung. **(Om Phlebectasia et varices oesophagi som Fölge af collateral Circulation af Portaareblod.)** En anatomisk klinisk Undersögelse. Kiöbenhavn. W. Priors, Hof-Boghandel. 1888.

In dieser Abhandlung, die 142 Seiten zählt und mit schematischen Zeichnungen der Oesophagealäste der Vena coronaria und zwei, theilweise colorirten, Abbildungen von Oesophagusvaricen versehen ist, hat der Verf. die Frage von den Oesophagusvaricen und ihrer Entstehungsweise näher bearbeitet.

Nach einer historischen Uebersicht wird ein Capitel den Oesophagusvenen und deren normalen Anastomosen mit den Pfortaderwurzeln gewidmet. B. hat mehrere Injectionsversuche, theils an entfernten Organen, theils wenn die Viscera in situ waren, mittelst Mehl-Kolophoniummasse (Arch. f. Anatomie u. Entwickel. 1881) gemacht und im Ganzen ähnliche Resultate wie Duret (Progrès médical, 1877, No. 16) erhalten. Die Oesophagealäste der Vena coronaria ventriculi perforiren den musculösen Tractus in der Nähe der Cardia, am öftesten oberhalb derselben, besonders die bedeutenderen Aeste, die mehrere Centimeter über die Cardia nach oben gehen können, bevor sie perforiren. Verschiedene Zeichnungen illustriren wie die Anastomosen zwischen der V. coronaria und der V. hemiazygos durch den Plexus submucosus oesophagi und den perioesophagealen Venenplexus stattfinden. Als Ursache der Varicenbildung im Oesophagus sieht der Verf. eine Behinderung im Pfortadersystem in Verbindung mit einer weiten Communication zwischen V. coronaria ventriculi und dem submucösen Netz des Oesophagus an; es bildet sich dann eine Collateralcirculation durch die Oesophagealvenen aus, und diese werden dadurch varicös. Was die Ausbreitung der Oesophagusvaricen anbelangt, so werden sie fast immer nahe der Cardia angetroffen und werden sehr selten in der oberen Hälfte der Speiseröhre gefunden. Alle Gradationen von grossen ausgebuchteten Venen bis zu ganz kleinen Varicen werden beobachtet; bisweilen werden Perforationen und Narben nach verheilten Ulcerationen auf der Venenwand gesehen.

Verf. hat unter 70 Lebercirrhosen, die in dem „Communehospital" secirt wurden, 16 Mal (= ca. 23 pCt.) Varicen im Oesophagus gefunden; von diesen 16 endeten 3 mit Varicenberstung und profuser Hämorrhagie. Von 3 Fällen von Lebersyphilis war einer mit Berstung der Varicen complicirt, während die zwei anderen Veneneotasie ohne Blutung darboten.

für das Centr...
dem Antheil d...
seinen Fällen ...
einen Theil ...
erklärt sich ...
tung solcher ...
heit bekomm...
sichtigt doch ...
schützt. Zu...
sich mit de...
Nebenschild...
übersehen u...
sam die Ro...
oberen media...
Trachea ko...
erzählt. Zum ...
Myxödem ...
macht jetzt ...
oder intra...

110) Berd...
stellung, ...

B. s...
ausgeführt...
ordentlich ...
eines schw...
tetanische ...
cussion m...
nicus bei ...

111) Bil...
Wochen...

B. ...
tionen a...
beschwe...
stimmen ...
jüngster ...
scirrhös...
narbend...
rig. Di...
Resten ...
tionen ...
schliess...
Schling...
selbst ...

// Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang V. Berlin, November. 1888. No. 5.

I. Die Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopf-Geschwülste in bösartige, speciell nach intralaryngealen Operationen.

Ergebnisse der Sammelforschung.

(Fortsetzung.)

'I Die Sammelforschung, ihre Aufnahme, Einwendungen gegen dieselbe.

Die Januarnummer des Centralblatts von diesem Jahre brachte unseren Auf-.: an die Laryngologen, sich an der Lösung der wichtigen Frage zu betheiligen. ·er Nummer lag ein Fragebogen bei, der in möglichst präciser Form die ein-..lägigen Fragen stellte [1]). Gleichzeitig wurden Aufruf und Fragebogen in

[1]) Die Form des Fragebogens erhellt aus der weiterhin folgenden Tabelle. Für ..itere Leser sei bemerkt, dass die wichtigste Columne: „Beschreibung etwaiger ·.lle von Uebergang gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige nach intralaryngealen ·.perationen" in der Tabelle nicht wieder abgedruckt ist, da die einschlägigen Fälle ..eiterhin in extenso mitgetheilt werden. Die in dieser Columne gestellten Fragen ·aren folgende:

Alter und Geschlecht des Patienten? — Lebensalter, in dem die Geschwulst ..erst auftrat? — Kurze Beschreibung des Kehlkopfbildes: — War die Diagnose der ..utartigkeit auf blosse Inspection oder auf mikroscopische Untersuchung entfernter ·ragmente gegründet? — Wie oft wurden solche Fragmente entfernt, resp. die mikro-..opische Untersuchung vorgenommen? — Von wem wurde die mikroscopische Unter-..chung angestellt? — Welches war die Operationsmethode? (Messer, Schlinge, Zange, ..alvanocauter etc.). — Erfolgten zuerst anscheinend gutartige Recidive? Wie viele ·lcher? In welchen Zwischenräumen nach der Operation? — Befanden sich dieselben ..n der Stelle der ursprünglichen Neubildung oder wo sonst? — Welches war der Zwischenraum zwischen der letzten intralaryngealen Operation, resp. dem letzten gut-..rtigen Recidiv und dem Auftreten der malignen Neubildung? — War die Diagnose ..er Malignität auf blosse laryngoscopische Inspection resp. andere klinische Symptome, oder auf mikroscopische Untersuchung gegründet? — Wer hatte event. ..ie mikroscopische Diagnose gemacht? — Sass die maligne Neubildung an der Stelle ..er ursprünglichen gutartigen oder wo sonst? — Verlauf des Falles? — Resultat der Autopsie (womöglich mit Resultat der mikroscopischen Untersuchung der Neubildung post mortem)?

deutscher, französischer oder englischer Sprache separat an sämmtliche Laryngologen der Welt gesandt, deren Namen und Adressen dem Herausgeber bekannt waren.

Die Aufnahme des Vorschlags überstieg die Hoffnungen, welche auf ihn gesetzt waren. Wie unsere Leser bereits wissen, betheiligten sich einhundertundsieben Fachgenossen, unter ihnen fast alle bekannten Laryngologen aller Nationen, an der Forschung in der erbetenen Weise. Selbst diese Zahl entspricht nicht der Summe der erhaltenen Antworten. Nicht wenige Kehlkopfärzte bedauerten, sich nicht betheiligen zu können, weil sie über ihre Erfahrungen nicht Buch geführt hatten, andere, weil dringliche Arbeiten es ihnen zur Zeit unmöglich machten, ihre sämmtlichen Krankenjournale durchzusehen, wiederum andere berichteten über ihre Erfahrungen in allgemeiner Form, d. h. ohne sie durch Zahlenangaben zu belegen.

Es war leider nicht möglich, Berichte der letztgenannten Kategorie ohne weiteres für unsere Zwecke zu verwerthen. So schätzenswerth es an und für sich war, wenn manche Fachgenossen von anerkannter Erfahrung mittheilten, dass sie niemals eine Degeneration der in Frage stehenden Art gesehen hätten, so machte die Fragestellung der Sammelforschung eine ziffermässige Darstellung der Angaben der Beitragenden offenbar unerlässlich. Denn nicht um eine blosse Sammlung aller je beobachteter Fälle thatsächlicher oder anscheinender Degeneration handelte es sich, sondern — abgesehen von der enorm wichtigen Frage des causalen Zusammenhanges — vor allen Dingen um die Bestätigung oder Widerlegung der Behauptung, dass solche Degenerationen „oft“ intralaryngealen Eingriffen folgten, und es liegt selbst für den wenigst „Zahlengläubigen“ auf der Hand, dass die Antwort auf diese bestimmte Frage nur an der Hand der Aufstellung einer bestimmten Proportion zwischen der Anzahl der beobachteten, wirklichen oder vermutheten Degenerationen und der Gesammtanzahl der von den Beitragenden vorgenommenen intralaryngealen Operationen gutartiger Kehlkopfgeschwülste gegeben werden kann. Der Herausgeber unterbreitete diese Erwägung denjenigen Collegen, die ihre Erfahrungen ohne Zahlenangaben mitgetheilt hatten, und ersuchte sie — speciell diejenigen, die Fälle von Umwandlung mitgetheilt hatten — um ziffermässige Darstellung ihrer intralaryngealen Operationen. Sollte eine solche Darstellung nicht möglich sein, so bat er die betreffenden Herren, ihre einschlägigen Erfahrungen durch die Minimalzahl [illegible] intralaryngealen Operationen zu repräsentiren. Die Mehrzahl der betreffenden Collegen leistete diesem Wunsche Folge, und so erklärt es sich, dass in der Tabelle die Erfahrungen einiger der bekanntesten Fachgenossen durch runde Zahlen repräsentirt sind. Einige wenige Laryngologen waren [illegible] nicht in der Lage, dem Wunsche des Herausgebers Folge zu leisten, und die Aufnahme ihrer Mittheilungen in die Tabelle verbot sich daher von selbst. Es sei aber ausdrücklich bemerkt, dass sich unter diesen nicht eine einzige befindet, in der ein Fall von Degeneration berichtet wird.

[illegible] wurden die Angaben der [illegible] der Beitragenden [illegible] Aufnahme be- [illegible] nicht die [illegible] zur Seite standen. [illegible] Stimme

Anspruch machen, wenn der Gesammtzahl der in ihr vertretenen Fälle wirklicher oder anscheinender Degeneration die Gesammtzahl der von denselben Beobachtern vollzogenen intralaryngealen Operationen gegenüberstand. Nur so durfte man hoffen, die Frage zu entscheiden, ob diese Degenerationen häufig intralaryngealen Operationen folgten. Wurden aber einzelne veröffentlichte Fälle anscheinender Umwandlung aufgenommen, wie z.B. der oben erwähnte Sir Duncan Gibb's, ohne dass die Gesammtzahl der von diesem Laryngologen intralaryngeal operirten Kehlkopfpolypen in der entsprechenden Columne aufgeführt werden konnte, so verschob sich die Proportion sofort, und welcher Gebrauch voraussichtlicher Weise hiervon gemacht werden würde, erhellte klar genug aus der Vorgeschichte der Sammelforschung. So mussten einzelne der veröffentlichten Fälle ausgeschlossen werden. Es sind dies indessen nur die möglicherweise hierher gehörigen Fälle von Gibb, Gussenbauer und Morell Mackenzie, und der Fall des letzteren, der von Mr. Browne als ein Beispiel von Umwandlung in Folge intralaryngealer Eingriffe gedeutet wird, erfährt noch dazu, wie bereits erwähnt, von Sir Morell Mackenzie selbst die Auslegung einer spontanen Degeneration.

Gegenüber der fast allseitigen Zustimmung, welche der Plan der Sammelforschung fand, wurden einzelne Bedenken laut, die eine kurze Besprechung erfordern.

Der Zweifel, der von geschätzter Seite ausgedrückt wurde, ob die Frage überhaupt einer eingehenden Erörterung bedürfe, dürfte durch ihre in der Einleitung gegebene Geschichte genügend widerlegt sein.

Eine traurige Illustration der Realität der von uns geschilderten Gefahren lieferte ausserdem kurz nach dem Erscheinen unseres Aufrufs der Selbstmord eines hoffnungsvollen jungen irischen Journalisten, der, wie es sich nach seinem Tode herausstellte, an einer — anscheinend gutartigen — Kehlkopfneubildung leidend, durch die Lectüre pseudo-populärer Mittheilungen über Kehlkopfkrebs etc. zu diesem verzweifelten Schritte getrieben worden war.

Ein zweiter Einwand betraf die Möglichkeit, dass vielfach ein und derselbe Fall durch verschiedene Hände gegangen sein und daher in unserer Zusammenstellung wiederholt aufgezählt werden dürfte. Dieser Einwurf ist in der That nicht ganz von der Hand zu weisen, soweit die Gesammtzahl der beobachteten gutartigen Kehlkopfneubildungen, die Gesammtzahl der vorgenommenen intralaryngealen Operationen und besonders die Gesammtzahl der beobachteten bösartigen Kehlkopfneubildungen in Frage kommt. Denn zweifelsohne gehen manchmal Patienten, die an gutartigen Kehlkofgeschwülsten leiden, zumal wenn letztere recidivirender Natur sind, durch mehrere Hände, und bei bösartigen Neubildungen bringt es die Natur der Sache mit sich, dass die bedauernswerthen Patienten oft an verschiedenen Stellen Hülfe suchen. Dies geschieht sicher häufig ohne Wissen des behandelnden Arztes, zu dem die Leidenden oft genug später zurückkehren, wenn sie von der Hoffnungslosigkeit ihres Falles durchdrungen sind. Natürlich aber wird der betreffende Fall von allen Aerzten, die ihn in der Zwischenzeit gesehen haben, als ein ihnen gehöriger gezählt, und nahmen mehrere der betreffenden Collegen an der Sammelforschung Theil, so war es unvermeidlich, dass ein und derselbe Fall vielleicht 3—4 mal, wenn nicht noch öfter, ge-

zählt wurde. Das ist eben eine von allen solchen Statistiken untrennbare Fehlerquelle und man wird gut thun, sich vor Augen zu halten, dass die Gesammtzahl der von den 107 Beitragenden beobachteten gutartigen Kehlkopfgeschwülste und vorgenommenen intralaryngealen Operationen vermuthlich etwas, die der bösartigen Kehlkopfgeschwülste wahrscheinlich nicht unbeträchtlich geringer ist, als unsere Zahlen dies anzuzeigen scheinen.

Hinsichtlich des in dieser Beziehung wichtigsten Punktes aber: der Möglichkeit, dass auch Fälle wirklicher oder anscheinender Degeneration doppelt oder dreifach gezählt werden könnten, hat das Interesse, das sich naturgemäss an jeden dieser Fälle geknüpft hatte und die gewünschte und gewährte Genauigkeit der Antworten das nothwendige Correctiv in vollstem Maasse gewährleistet: wohl in allen Fällen, in welchen die betreffenden Kranken an verschiedenen Stellen Hülfe gesucht hatten, ist dies von unseren Correspondenten spontan mit Angabe der Namen der betreffenden Collegen erwähnt worden und unser Bericht wird zeigen, dass von den 32 Fällen wirklicher oder anscheinender Umwandlung, deren wir zu gedenken haben werden, in der That 7 durch verschiedene Hände gegangen sind. In dieser Beziehung also sind Irrthümer so gut wie ausgeschlossen.

Das letzte und gewichtigste Bedenken wurde von einem der verehrtesten Senioren der Laryngologie in den Worten ausgesprochen: „Man muss die Fälle wägen und nicht zählen.“ Angesichts der bestimmten Fragestellung der Sammelforschung möchten wir diesen Satz lieber so formuliren, dass man die Fälle nicht nur zählen — denn das ist, wie oben gezeigt, für unsere Zwecke unerlässlich — sondern auch wägen muss. In dieser Form würden wir dem Satze unbedingt beistimmen. Denn schon die Vorgeschichte der Frage hatte auf's Klarste gezeigt, dass strengste Kritik der anscheinend hierher gehörigen Fälle im Interesse der Sache selbst durchaus geboten sei und die Sammelforschung selbst hat dies aufs Neue bestätigt. Nicht dass eine grössere Anzahl unglaublicher Fälle eingeliefert worden wäre, wie dies von anderer Seite befürchtet worden ist[1]); die Majorität aller Fälle von anscheinender Umwandlung aber ist, der Natur der Sache nach, so vieldeutig, dass genaueste Erwägung aller einschlägigen Umstände unerlässlich ist, will man zu zuverlässigen Resultaten gelangen. Wenn der Herausgeber sich im Folgenden erlaubt, solchen Erwägungen bei der Schilderung der einzelnen Fälle Ausdruck zu verleihen, so giebt er sich der zuversichtlichen Hoffnung hin, dass die Collegen, welche die Güte gehabt haben, die betreffenden Fälle einzusenden, in diesen Analysen nicht den Versuch einer unpassenden Kritik, sondern nur das redliche Bestreben sehen werden, in einer äusserst schwierigen Frage zu möglichst zuverlässigen Schlüssen zu gelangen.

Die Punkte, die bei der Analyse jedes einzelnen Falles in Betracht kommen, sind folgende:

---

[1]) An einzelnen solchen hat es freilich nicht gefehlt. — So wurde u. a. ein Fall eingesandt, in welchem bei a priori sehr verdächtigem Befunde Monate hindurch alle 14 Tage operirt, niemals eine mikroscopische Untersuchung der entfernten Fragmente angestellt und dann, ganz kurze Zeit vor dem tödtlichen Ende, plötzlich erklärt wurde, dass eine „Umwandlung“ stattgehabt habe! — Die wenigen derartigen Fälle sind von den Autoren selbst zurückgezogen worden, als die Nothwendigkeit einer Kritik des eingesandten Materials betont wurde.

1. Das laryngoscopische Bild.
2. Die mikroscopische Untersuchung der entfernten Fragmente.
3. Begleitende Umstände, hauptsächlich das Alter des Patienten und etwaige ungewöhnliche subjective und objective Symptome.

Hinsichtlich des erstgenannten Punktes ist eine etwas längere Abschweifung auf das Gebiet der Differentialdiagnose zwischen gutartigen und den frühen Stadien bösartiger Kehlkopfneubildungen an dieser Stelle unerlässlich.

IV. Die laryngoscopische Differentialdiagnose zwischen gutartigen und den frühen Stadien bösartiger Kehlkopfneubildungen.

Wie bereits im Leitartikel der Augustnummer dieses Jahres betont worden ist, wird in vielen selbst der besten Lehrbücher der Laryngologie der Polymorphie der frühen Stadien des internen Kehlkopfkrebses nicht genügend Rechnung getragen. Namentlich erfahren die von den Stimmbändern ausgehenden Carcinome, die, wie weiterhin gezeigt werden wird, gerade für die Sammelforschung die grösste Wichtigkeit haben, kaum irgendwo eine eingehendere Besprechung. Die folgenden Citate der Schilderungen einiger der gangbarsten laryngologischen Lehrbücher verschiedener Nationen werden die Berechtigung dieser Angaben zeigen [1]:

Türck [2]) giebt selbst zu wiederholten Malen an, dass die von ihm gesehenen Carcinomfälle sämmtlich erst nach längerer Dauer des Leidens zur Beobachtung kamen, und gestattet sich kein anderes Urtheil über das laryngoscopische Bild in früheren Perioden, als dass er sagt: „In frühen Stadien der Krankheit müssen selbstverständlich manche prägnante, später wahrzunehmende Erscheinungen wegfallen.“ (Als solche prägnante Erscheinungen bezeichnet er weiterhin „charakteristische schwammartige Wucherungen“ und „diffuse höckerige oder grobdrusige Knoten“.)

Stoerk [3]) sagt über die frühen laryngoscopischen Kennzeichen des internen Kehlkopfkrebses nur: „Die Symptome anlangend, sind dieselben im ersten Stadium, wo das Carcinom nicht mehr als eine stark geröthete Intumescenz darstellt, wenig erheblich“. . . . .

Morell Mackenzie [4]) äussert sich folgendermaassen über diesen Punkt: „Die laryngoscopischen Kennzeichen variiren je nach dem Stadium der Krankheit. Zuerst erscheint die Neubildung als einfache Schwellung mit unbestimmten Rändern und ohne irgend ein Kennzeichen aufzuweisen, welches

[1]) Selbstverständlich ist im Folgenden nur vom ächten, internen, d. h. strikt auf das Kehlkopfinnere beschränkten Krebs die Rede! Bei Carcinomen, die von den Nachbartheilen (Zunge, Pharynx, Oesophagus, Schilddrüse etc.) auf den Kehlkopf übergreifen, wird von einer Verwechslung des Krebses mit gutartigen Geschwülsten kaum je die Rede sein können, von einer Verwechslung des Krebses der Epiglottis mit gutartigen Neubildungen dieses Theiles wohl nur in den allerseltensten Fällen.

[2]) „Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre“. 1866. pp. 326, 329.

[3]) „Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs etc.“ 1880. p. 422.

[4]) „Die Krankheiten des Halses und der Nase.“ 1880. Vol. I. Deutsche Ausgabe. pp. 457, 459.



ihre Natur deutlich verriethe. Der Sitz der Geschwulst ist meistentheils eines der Taschenbänder, in einzelnen Fällen aber werden zuerst die Stimmbänder, die Epiglottis oder die ary-epiglottischen Ligamente ergriffen."

„Tritt die Affection in Form des Medullarcarcinoms auf, so erscheint sie in Gestalt von einzelnen, früh ulcerirenden Knoten. Sobald die Ulceration angefangen hat, beginnt eine Art von Sprossungsprocess, bei welchem, wie Fauvel sehr hübsch auseinandergesetzt hat, die Vegetationen von der ulcerirten Oberfläche aus aufschiessen und nicht die umgebende Schleimhaut ergreifen. Dieselbe bleibt vielmehr zuerst eine Zeit lang mehr oder minder intact und wird erst später langsam durch die fortschreitende Ausbreitung des primären Geschwürs zerstört. — Andererseits entspringt bei der epitheliomatösen Form, sobald es zur Ulceration gekommen ist, eine Reihe von Vegetationen von den Rändern des Geschwürs, und diese neuen Formationen, welche wiederum selbst schnell geschwürig zerfallen, vergrössern rapid den ursprünglichen Substanzverlust. — Beim Scirrhus erscheint die Geschwulst im frühesten Stadium fast ganz so, wie eine gutartige Neubildung — etwa wie ein glattes Papillom oder Fibrom —, aber bald entzünden sich die Oberfläche der Geschwulst und die benachbarte Schleimhaut, und binnen kurzer Zeit mag eine Formveränderung des betreffenden Larynxtheiles beobachtet werden können." . . . .

Derselbe Autor sagt über die Differentialdiagnose zwischen gutartigen und bösartigen Geschwülsten nach dem laryngoscopischen Bilde (ibidem p. 419): „Es ist nicht immer leicht zwischen gutartigen und bösartigen Neubildungen des Kehlkopfes zu unterscheiden, in der Regel aber lassen sich die letzteren dadurch erkennen, dass sie mehr gleichmässig in das umgebende Gewebe übergehen und sehr häufig eine ulcerirte Oberfläche aufweisen." . . . .

Fauvel[1]) drückt sich folgendermaassen aus: „Das Encephaloid präsentirt sich Anfangs in Form eines wenig voluminösen Tumors, der keine Ansicht darüber aufkommen lässt, was später aus ihm werden wird. Dieser Tumor ist schlecht begrenzt, von [illegible] glatter Schleimhaut bedeckt. Es ist zu dieser Periode unmöglich, ihn vom Epitheliom zu unterscheiden."

„Der Fortschritt dieser Geschwulst ist rapid und ihre Erscheinung ändert sich bald. Sie nimmt eine [illegible] Farbe an, während ihre Oberfläche uneben und [illegible] Stellen aufweist. Ihr Aussehen wird [illegible] genau nach den benachbarten Partien und [illegible] zu destruiren. Ehe sie indessen [illegible] gewöhnlich zu ulceriren." . . . .

„Das [illegible] langsamerer ist, präsentirt sich [illegible] wenigstens in seiner zweiten Periode. [illegible] dass man es wie das Encephaloid, in Gestalt [illegible]."

„[illegible] unregelmässige Oberfläche und [illegible] die Geschwulst weiter, ohne das Aussehen [illegible] wie es für die vorher geschil-

---

[1]) [illegible] pp. [illegible] 711.

derte Form charakteristisch ist. Man könnte vielmehr sagen, dass die verschiedenen befallenen Theile sich mit kleinen papillären Vegetationen bedecken. Bald exulceriren die afficirten Partien und sind dann immerwährend mit Eiter und Schleim bedeckt."

Weiterhin (ibid. p. 704) kommt der Autor noch einmal auf denselben Gegenstand in folgender Form zurück: „Anfänglich sind die Charaktere der krebsigen Affection nicht genügend ausgesprochen, um die Diagnose klar zu stellen. Die Schwierigkeit ist um so grösser, als Allgemeinsymptome vollständig fehlen."

„Es ist eine einfache Hyperämie, eine Congestion, eine leichte Hypertrophie der befallenen Region, welche die Scene eröffnen. In einem Worte: man kann hierin die Zeichen irgend einer beginnenden katarrhalischen, tuberculösen oder syphilitischen Affection sehen. Später und langsam bildet sich eine Geschwulst, welche stets denselben Anblick gewährt, ob sie epithelialer oder encephaloider Natur sei: ihre Oberfläche ist düsterroth, braun, anfänglich glatt, ihre Basis sehr gross, ihr Wachsthum allmälig."

„Die umgebende Schleimhaut beginnt nunmehr ein weinrothes Aussehen anzunehmen, das sie bis in die letzten Stadien der Affection, d. h. bis zur Periode der Cachexie behält, wo sie blass, blutlos und bisweilen ödematös wird."

„Sobald die Geschwulst ein mehr oder weniger beträchtliches Volumen erreicht hat, beginnt sie zu ulceriren." . . . . .

Der Autor bespricht sodann die späteren Stadien und gedenkt der papillären Vegetationen im Gebiete des zerfallenden Krebses, welche bereits in dem Citate aus dem Mackenzie'schen Werke erwähnt worden sind.

Ueber die Differentialdiagnose zwischen dem Krebs und gutartigen Neubildungen sagt er (ibidem p. 711): „Es ist fast unmöglich, einen Polypen mit einer krebsigen Geschwulst zu verwechseln. Die Polypen, welche wir gesehen haben, sassen, mit sehr geringen Ausnahmen, den wahren Stimmbändern auf, und wir haben nur einen einzigen Krebs von dieser Partie des Kehlkopfes seinen Ausgang nehmen sehen." [1])

„Ein Irrthum wäre nur in gewissen Fällen von Sarcom verzeihlich."

„Indessen können einige Papillome für Epithelialcarcinome des Kehlkopfes gehalten werden. Wir sprechen hier von jenen papillären Wucherungen, welche die Stimm- und Taschenbänder in ihrer ganzen Ausdehnung befallen haben. Diese Fälle sind selten; ausserdem findet man Papillome ebenso gut auf den Stimmbändern wie auf den Taschenbändern. Beide Seiten des Kehlkopfes sind von ihnen bedeckt, der aphonische Kranke hat keine Schlingbeschwerden, keine lancinirenden Schmerzen, keine Lymphdrüsenvergrösserung, und weist schliesslich nicht die allgemeinen Symptome eines bösartigen Leidens auf."

„Vom rein laryngoscopischen Standpunkte aus können Papillome nicht für einen Epithelialtumor genommen werden, ausser wenn sie von Schleim bedeckt sind, der ihre wahre Färbung, ihr wahres Ansehen dem Blicke entzieht."

---

[1]) Prof. Fauvel's Angaben gründen sich auf die Beobachtung von 37 Carcinomen des Kehlkopfs. Dass unter 37 Fällen nur einmal die Stimmbänder den Ausgangspunkt des Krebses bildeten, ist sehr bemerkenswerth.

— 4 —

... Reinigung des Kehlkopfes mit einem ... genugen, alle Zweifel zu heben."

... Stadien des Epithelioms Folgendes: ... ist es gewöhnlich diffus, ... Tumefaction von normaler Fär- ... mehr weniger knotige Masse. In ... papillomatösen Auswüchsen zu ... Aussehen verleihen." (Es folgt ... Satz über den Uebergang gut-

... Stadien des Medullarcarcinoms sagt ... störungen zu veranlassen" (der ... submucösen Bindegewebe oder im ... Neubildung wird erst nach Degene- ... so erscheint es zuerst als eine ... Masse, die sich sodann an ihrer ... in eine Anzahl kleiner Knöt- ... Gewächs darstellen mag. Zu ... Consistenz, käsigem Aussehen und ... der Peripherie wohlumschrieben und ... anheim und blutet dann leicht

... (ibid. p. 583) Folgendes an: „Die ... Fällen das Alter des Patienten ... krankhafter Erscheinungen localer ... der wahren Natur des Leidens ... mässiger catarrhalischer ... der Schleimhaut. Nach ... mässigen und nicht wohl um- ... bedeutendere Alteration in ... mangelnden Zeichen von ... wird die Schleimhaut knotig, ... schliesslich ulcerirt sie an einer

... Differentialdiagnose zwischen gut- ... dem Cohen'schen Werke ... schen Encyclopädie (s. o.) ... sich nicht wesentlich von

... die laryngoskopische Unter- ... charakteristische Bilder. Im An- ... bekommt, sieht man je

... 1879. p. 581 ff.



nach dem Sitz der Erkrankung am Stimmband, Taschenband, Epiglottis u. s. w. eine diffuse Anschwellung, die durch nichts ihre bösartige Natur zu erkennen giebt; besonders der Scirrhus und das Sarcom unterscheiden sich im frühen Stadium nur wenig von einer gutartigen Neubildung, einem Fibrom oder Papillom. Characteristischer ist schon das Bild, wenn das Neoplasma in Form von Knoten auftritt, wie das Medullarcarcinom".... Gottstein bespricht dann das ulcerative Stadium und sagt Folgendes über die laryngoscopische Diagnose: „Die Schilderung, die wir von den Symptomen der malignen Larynxtumoren gegeben haben, die sie diagnostisch in vielen Fällen darbieten. In frühen Fällen lässt oft selbst die laryngoscopische Untersuchung zweifelhaft, ob man es mit einer gutartigen oder bösartigen Neubildung, ob mit einer syphilitischen, tuberculösen oder carcinomatösen Infiltration zu thun hat".

Die vorstehenden Citate genügen um zu illustriren, was wir für unseren Zweck hier im Auge haben. So trefflich und graphisch die Schilderungen sind, welche in den genannten Werken von der allmäligen Entwicklung des typischen, internen Kehlkopfkrebses gegeben werden, so ermangeln dieselben, unserer Ansicht nach, sämmtlich einer gewissen Vollständigkeit in Bezug auf seltenere Erscheinungsformen des Leidens in den frühesten Stadien. Der allgemeine Eindruck, den die Lectüre der obigen Citate im Geiste des Lesers hinterlassen wird, ist wohl unstreitig der, dass der Kehlkopfkrebs in seinen ersten Stadien sich als eine „diffuse knotige Geschwulst" präsentirt. Das ist ja auch gewiss richtig. Mehrere der citirten Autoren aber erwähnen überhaupt keiner anderen Erscheinungsform, andere lassen nur für den Scirrhus (die bei weitem seltenste Form des Kehlkopfkrebses) zu, dass er in seinen frühesten Stadien mit einem Papillom verwechselt werden könnte, wieder andere erwähnen wohl beiläufig der Möglichkeit einer Verwechslung auch anderer Krebsformen und des Sarcoms mit gutartigen Neubildungen, ohne indessen genauer auf diesen wichtigen Punkt einzugehen.

Was aber, wie schon erwähnt, am meisten in allen diesen Schilderungen auffällt, ist ihr gänzliches Schweigen über diejenige specielle Form des internen Kehlkopfkrebses, welche eine eingehendere Schilderung durchaus verdient: wir sprechen von dem am wahren Stimmbande beginnenden Carcinom! Dass das Stimmbandcarcinom in gewissen Beziehungen die wichtigste Form der internen Kehlkopfkrebse repräsentirt, ist leicht zu erweisen: es ist nicht nur — wie gleich gezeigt werden wird — diejenige Form, welche am leichtesten und öftesten zu Verwechselungen mit gutartigen Neubildungen Veranlassung giebt, sondern es dürfte in Folge eines stets vorhandenen und dem Patienten sich bald bemerklich machenden Symptoms, der Heiserkeit, durchschnittlich früher zur Beobachtung kommen, als die meisten der an anderen Theilen (Taschenbändern, unterer Theil der hinteren Kehlkopfwand, Cavum subglotticum) beginnenden Carcinome, und es sind endlich gerade bei diesen Formen in Folge des eben genannten Umstandes und auch der anatomischen Verhältnisse von rechtzeitiger Diagnose und rechtzeitiger gründlicher Entfernung der bösartigen Neubildung mit einer genügenden Zone der um- und unterliegenden gesunden Gewebe die verhältnissmässig besten Resultate zu erwarten.

Dass unter diesen Umständen in den genannten repräsentativen Lehrbüchern von den einzelnen Formen des Stimmbandcarcinoms nicht besonders die Rede ist, ist nicht leicht erklärlich. Es mag sein, dass einige der Verfasser nur solche Stimmbandkrebse in ihren frühen Stadien gesehen haben, welche auch an diesem Theile unter dem Bilde einer einfachen Hyperämie, einer leichten Hypertrophie, einer diffusen oder knotigen Schwellung in die Erscheinung traten. Und dass diese Erscheinungsform auch am Stimmbande nicht nur vorkommt, sondern möglicherweise die häufigere ist, soll gewiss nicht bestritten werden.

Eine wahrscheinlichere Erklärung des Schweigens über diese Frage aber ist unserer Ansicht nach darin zu finden, dass die z. B. von Fauvel vorausgesetzte äusserste Seltenheit des am Stimmbande beginnenden Carcinoms es einzelnen der citirten Autoren es hätte überflüssig erscheinen lassen, auf diese specielle Form näher einzugehen.

Und an diesen Punkt müssen wir anknüpfen.

Den persönlichen Erfahrungen des Herausgebers zufolge besteht nämlich die vermuthete Seltenheit des Stimmbandcarcinoms in Wirklichkeit nicht. Unter seinen 56 Fällen eigentlichen Kehlkopfcarcinoms (vgl. weiterhin die Tabelle, No. 93) liess sich allerdings nur bei 25 der Ausgangspunkt mit voller oder annähernder Sicherheit feststellen; derselbe war aber in nicht weniger als 40 pCt. dieser 25 Fälle, nämlich in 10, eines der wahren Stimmbänder.

Nun wäre es natürlich möglich, dass diese Erfahrung eine zufällige, exceptionelle wäre, und nicht das wahre Verhältniss der Häufigkeit der Stimmbandcarcinome zu Krebsen, die von anderen Theilen des Kehlkopfs ausgehen, repräsentirte. In der That contrastiren die Beobachtungen des Herausgebers so merkwürdig mit denen Fauvel's, wie aus dem folgenden Vergleich hervorgeht, dass sich aus diesen Gegensätzen offenbar nur die Lehre ziehen lässt, dass die Erfahrung einzelner Beobachter, selbst wenn ihr Material ein grosses ist, nicht ausreicht, um hinsichtlich der Frage der relativen Häufigkeit des Ausgangspunktes des internen Kehlkopfkrebses zu allgemeingültigen Schlüssen zu gelangen:

Fauvel[1]). 37 Fälle. Ausgangspunkt:		Semon. 56 Fälle. Ausgangspunkt:	
Taschenbänder	21 mal	Taschenbänder	2 mal
Stimmbänder	1 „	Stimmbänder	10 „
Arytaenoidgegend	1 „	Hintere Kehlkopfwand	4 „
Epiglottis	1 „	Epiglottis	5 „
Nicht mit Sicherheit zu bestimmen	13 „	Morgagni'scher Ventrikel	2 „
	37 mal	Ligam. arytaeno-epiglotticum	2 „
		Nicht mit Sicherheit zu bestimmen	31 „
			56 mal

[1]) l. c. p. 693.

Es dürfte angesichts dieser Differenzen schon vom abstracten, rein wissenschaftlichen Standpunkte aus wünschenswerth sein, weitere Beiträge zu dieser Frage zu erhalten.

Aber die Frage ist nicht nur eine academische. Sie ist vielmehr von fundamentaler Wichtigkeit für die uns hier beschäftigende Untersuchung. Denn aus der Analyse der Sammelforschung geht die hochinteressante Thatsache hervor, dass in der grösseren Hälfte der 32 operativen Fälle, in welchen es sich darum handelt, ob eine wirkliche Umwandlung oder ein diagnostischer Irrthum vorliegt, die zweifelhafte Neubildung von einem der Stimmbänder entsprang! Und selbst diese bedeutungsvolle Proportion ist sicherlich viel zu klein, denn einerseits sind unter den 17 diejenigen Fälle nicht mitgezählt, in denen die Neubildung zwar auch einem Stimmband, gleichzeitig aber auch anderen Kehlkopftheilen aufsass; andererseits ist bei einer beträchtlichen Zahl der übrigbleibenden Fälle der Sitz des Neoplasma überhaupt nicht angegeben. Es liegt daher auch in diesen Fällen noch immer die Möglichkeit, wenn nicht die Wahrscheinlichkeit vor, dass die Neubildung ihren Ursprung von einem der Stimmbänder nahm!

Ziffermässig dargestellt vertheilen sich die 32 in Rede stehenden Fälle, wie folgt:

a) Ursprung der Neubildung von einem oder beiden Stimmbändern in 17 Fällen (Fälle von Bayer, Beschorner-Prinz, Beschorner-Tornwaldt, Boecker, v. Bruns-Paul Bruns-Boecker, J. Solis Cohen, Gurowitsch, Fano, Fauvel, Labus, Mahl-Schnitzler, Mahl-Stoerk-Thost, Michel, Navratil-Morelli, Prinz, Schnitzler, Seeligmann);

b) Ursprung der Neubildung von einem Taschenband in zwei Fällen (Fälle von Baumgarten und Tauber);

c) Ursprung der Neubildung von einem Morgagni'schen Ventrikel in einem Falle (Fall von v. Schroetter);

d) Ursprung der Neubildung nicht definitiv zu ermitteln, resp. multipel, in 12 Fällen (Fälle von Aschenbrandt-Seifert, Beschorner, J. Solis Cohen [3], Fauvel, Glasgow, Newman [3], Wagner, Whistler-Whipham).

Was die 12 Fälle anscheinender spontaner Degeneration anbelangt, von denen wir zu berichten haben werden, so stellt sich das Verhältniss der Stimmbandneoplasmen zu den von anderen Theilen des Kehlkopfs entspringenden Neubildungen folgendermassen:

a) In 6 dieser 12 Fälle war der Ausgangspunkt nicht mit Sicherheit zu bestimmen (Fälle von Chiari, Fano, Garel, Stoerk [2], Tauber);

b) In 2 Fällen ging die Neubildung von der Epiglottis aus (Fälle von Bayer und Newman);

c) In 4 Fällen entsprang der Tumor von einem Stimmbande (Fälle von Lublinski, Navratil, Sommerbrodt, Clinton Wagner).

[illegible] stellt sich, soweit sich Bestimmtes ermitteln lässt, [illegible] Stimmbandneubildungen zu den von anderen Abschnitten des [illegible] wie 4 : 2!

[illegible] sprechen, sind weitere theoretische Betrachtungen [illegible] des Stimmbandcarcinoms überflüssig. Nachdem [illegible] jüngeren Fachgenossen gezeigt hat, dass keine Form [illegible] annähernd so häufig zu Zweifeln über die gutartige [illegible] — eine Lebensfrage für den Kranken! — [illegible] ausgehende, wird es selbstverständlich ein Gegen- [illegible] alle diejenigen, wenn auch anscheinend noch so [illegible] zu studiren und zu sammeln, welche uns eine früh- [illegible] zwischen gutartigen und bösartigen Stimmbandneu- [illegible] uns wenigstens in derselben unterstützen können.

[illegible] grösseren Lehrbüchern bisher nicht in aus- [illegible] führen die Citate aus denselben gezeigt haben. [illegible] verhältnissmässig wenig zu unserer Kenntniss [illegible] primärer Stimmbandcarcinome beigetragen. [illegible] diejenigen berichteten Fälle anscheinender Um- [illegible] Meinung von vornherein bösartig waren, [illegible] solcher seltenerer Formen des primären Stimm- [illegible] gelegentlichen Bemerkungen einiger der [illegible] beobachtete Auftreten bösartiger Neu- [illegible] sind leider zu allgemein und meistens [illegible] dass sie hier wirklich belehrend wirken [illegible] zum Theile auf Stimmbandcarcinome. [illegible] eine Stelle finden, einmal der Vollstän- [illegible] immer nicht genügend bekannte, allge- [illegible] den Erfahrungen einer Reihe compe- [illegible] Kehlkopfe durchaus unter dem [illegible] können! —

[illegible] weise den ausgefüllten Frage- [illegible] entnommen:

[illegible] Fälle primär bösartiger Kehlkopf- [illegible] welchen das makroscopische [illegible] Befund Papillome diagnosti- [illegible] Untersuchung Epithelioma ergab, was [illegible] Der Ausgang war dabei immer von den [illegible] vom Arytaenoidknorpel . . . .“

[illegible] aus, dass unter den anschei- [illegible] befänden, „bei denen das Car- [illegible] makroscopisch täuschend einem

[illegible] gegenwärtig eine Frau, bei der [illegible] gemacht habe. Vor der [illegible] hindurch von Zeit zu Zeit Ge-

schwulstfragmente, die makroscopisch einfachen Papillomen glichen, von der vorderen Commissur der Stimmbänder. Die zuerst entfernten Fragmente wurden mikroscopisch untersucht und zeigten die Structur des Epithelioms. Nichtsdestoweniger war das allgemeine Aussehen der Geschwulst derart, dass ich mich nicht eher zu der Ansicht entschliessen konnte, dass ein bösartiges Leiden vorliege, als bis wiederholte und schnelle Recidive mich zur Kehlkopfspaltung und gründlichen Untersuchung des Leidens veranlasst hatten."

Hopmann (Köln) erwähnt „papillärer Epitheliome". Die betreffenden Bemerkungen gehören indessen mehr in den nächsten Abschnitt (Bedeutung der mikroscopischen Untersuchung) und werden dort ausführlicher citirt werden.

Der hochwichtige Fall Krieg's (Stuttgart), in welchem eine Mischform von Papillom und Carcinom unter dem laryngoscopischen und makroscopischen Bilde eines Papilloms auftrat, wird ebenfalls in dem betreffenden Abschnitte ausführlich mitgetheilt werden.

Massei (Neapel) sagt: „Vom pathologischen Standpunkt aus kann ich diese Möglichkeit (nämlich den spontanen Uebergang gutartiger Kehlkopfneubildungen in bösartige) nicht in Abrede stellen, um so weniger, als in der Nase sehr eclatante Fälle der Art vorkommen; was aber den Kehlkopf anbetrifft, so bin ich überzeugt, dass sowohl Kliniker wie Mikroscopiker sich anfänglich hinsichtlich der Natur der Neubildung täuschen können, und ich betrachte von Anfang an gewisse Geschwülste als Epitheliome, die man früher als Papillome diagnosticirt hat. Es handelt sich also, meiner Ansicht nach, nicht um eine Umwandlung, sondern um eine praktische Schwierigkeit."

Michael (Hamburg) beschreibt in Kürze zwei Fälle, in deren erstem die Neubildung von ihm und B. Fränkel anfänglich für ein Fibrom gehalten wurde, während der weitere schnelle Verlauf ihre carcinomatöse Natur erwies. Im zweiten sahen er und Bülau multiple Geschwülste im Kehlkopf einer Frau anfänglich für Papillome an. Auch in diesem Falle stellte sich bald die bösartige Natur des Leidens heraus. Michael bemerkt hierzu: „Diese beiden Fälle könnten als Transformation aufgefasst werden. Ebensowohl möglich und für mich wahrscheinlicher ist es bei dem kurzen Verlauf, dass es sich sogleich um maligne Tumoren gehandelt hat, die vollständig das Ansehen benigner darboten."

Orwin (London) antwortet auf die Hauptfrage der Sammelforschung (Transformation gutartiger Geschwülste in bösartige nach intralaryngealen Eingriffen): „Diese Frage ist sehr schwer zu beantworten. Ich habe mehrere Fälle gesehen, welche anfänglich so aussahen, als ob sie gutartiger Natur wären, die sich aber schliesslich zu bösartigen Geschwülsten entwickelten."

Die eben citirten Aeusserungen lassen sich, wie schon erwähnt, dahin summiren, dass nach den Erfahrungen einer Anzahl zuverlässiger Beobachter in einer Reihe von Fällen bösartige Kehlkopfneubildungen, zumal von den Stimmbändern ausgehende, im Beginn des Leidens gutartigen, und zwar gewöhnlich Papillomen, täuschend ähnlich sehen, und die einzigen differentialdiagnostischen Anhaltspunkte, deren von einigen der betreffenden Autoren beiläufig gedacht wird, wären etwa in dem schnellen Verlauf und der rapiden Wiederholung von Recidiven nach vorgenommener Entfernung zu finden.

[illegible] hier eine Lücke in unserem Wissen vor- [illegible] laryngoscopische Differentialdiagnose bösartiger [illegible] dem Bilde gutartiger erscheinen, von letzteren [illegible] Ausfüllung angesichts der Wichtigkeit der [illegible] erscheint.

[illegible] den Herausgeber, trotz eines sich ihm auf- [illegible] seine eigenen einschlägigen Erfahrungen [illegible] bezieht sich darauf, dass seinem Ge- [illegible] welchem er sich nur als den Mandatar einer [illegible] seine eigenen Erfahrungen nur eine sehr [illegible] genügende Mittheilungen von anderer [illegible] der Zufall ihm im Laufe seiner etwa 14- [illegible] anscheinend ausnahmsweise grosse Reihe [illegible] denen er die Gelegenheit hatte, ihre Entwicke- [illegible] zum Ende oder doch jedenfalls längere [illegible] eine zusammenfassende Schilderung der [illegible] als werthvoll erwiesen haben. [illegible] eine solche den Standpunkt erklären [illegible] Umwandlungen einnimmt. [illegible] die persönlichen Bedenken seiner [illegible] wird es sein, die betreffenden [illegible] eventuell zu vervollständigen.

[illegible] Formen die Rede sein, in welchen [illegible] Tumors auftrat. Die- [illegible] einer, ursprünglich [illegible] alle charakteristischen [illegible] betreffende Kehlkopf- [illegible] wohl kaum je der [illegible] Ebensowenig ist eine [illegible] diffusen Hyperämie dar- [illegible] Verwechslung solcher mit [illegible] Einseitigkeit der Hyper- [illegible] vornherein an die Wahrschein- [illegible] Tuberculose, Syphilis etc.) [illegible] hinzugesellende Trägheit [illegible] Natürlich müssen be- [illegible] etwaige abnorme Sensationen, [illegible] Kehlkopfhälfte etc. in

[illegible] bösartigen Stimmbandneubil- [illegible] des Herausgebers, am häufigsten [illegible] breitbasigen [illegible] derselben kann irgend [illegible] vorderen, mittleren [illegible] ist es von vorn-



herein, wenn bei einem älteren (über 50jährigen) Patienten eine solche Warze dem hinteren Drittel des Stimmbandes aufsitzt. Die Farbe dieser Warzen variirt von weiss zu einem gewöhnlich schmutzigen weisslich- oder röthlichgrau. Letztere Färbung ist die häufigere, doch war in einem Falle die Färbung eine blendend weisse. Die Oberfläche dieser Warzen erscheint in seltenen Fällen anfänglich ganz glatt, so dass die Geschwulst, besonders wenn röthlich gefärbt, mit einem beginnenden breitbasigen Fibrom die grösste Aehnlichkeit hat; viel häufiger ganz fein gekörnt, wie eine gewöhnliche Hautwarze; in noch anderen Fällen sehr fein verästelt, so dass die Erscheinung von einem beginnenden Papillom kaum zu unterscheiden ist. Die Grösse dieser Warzen ist ebenfalls variabel: von Stecknadelkopf- bis Erbsengrösse. Grössere Tumoren, ohne dass sich die Natur der Neubildung in der Zwischenzeit durch andere Symptome (Ulceration) erklärt hätte, hat der Herausgeber nicht gesehen, doch soll die Möglichkeit ihres Vorkommens natürlich nicht bestritten werden. Als besonders wichtig muss hervorgehoben werden, dass das Wachsthum dieser Warzen in den initialen Stadien ein verhältnissmässig ungemein langsames sein kann — natürlich nicht sein muss! Der Herausgeber hat über zwei Fälle genau Buch geführt, in denen sich nach 2—3 Monate langer Beobachtung kaum irgend ein Unterschied von der ursprünglichen, durch schematische Zeichnung festgestellten Grösse der Neubildung wahrnehmen liess. In anderen Fällen vollzog sich allerdings sowohl die Wachsthumszunahme, wie die folgende Periode oberflächlicher Ulceration in weit schnellerem Tempo. — Soweit seine Beobachtungen reichen, möchte er es als fast charakteristisch für diese Krebse bezeichnen, dass sie zu irgend einer Periode ihres Bestehens ein verhältnissmässig grösseres Mass von Heiserkeit, resp. Aphonie, verursachen, als entsprechend grosse, ebenso situirte Neubildungen gutartiger Natur, und dies wäre ungezwungen durch die bereits bestehende, wenn auch noch nicht in die Erscheinung tretende Infiltration des Mutterbodens zu erklären. Doch scheinen auch Ausnahmen vorzukommen, auch handelt es sich natürlich bei Angaben dieser Art nur um subjective Eindrücke, und die Bestätigung derselben muss der Prüfung anderer Beobachter vorbehalten bleiben.

Bekommt man nun Fälle dieser Art in der, so zu sagen, frühesten Periode zu Gesicht — und nach den Erfahrungen des Herausgebers führt, wie schon erwähnt, die eben besprochene Heiserkeit gerade Patienten, die an diesen Formen des Krebses leiden, verhältnissmässig recht früh zum Kehlkopfarzt — so ist es in der That oft unmöglich, die Diagnose mit Bestimmtheit zu stellen. Das Alter mancher Patienten, und in einem Theil der Fälle der Sitz der Neubildung mögen und sollten wohl den Laryngologen an die Möglichkeit der Bösartigkeit erinnern. Weiter aber kann und darf man, vom laryngoscopischen Standpunkte allein aus, in dieser Periode nicht gehen.

Nach einiger Zeit aber — in manchen Fällen sehr früh, in anderen freilich erst später — gesellen sich zu den bestehenden Zeichen zwei Symptome, welche jedenfalls den Verdacht der Bösartigkeit erwecken müssen: umschriebene Congestion in der Nachbarschaft der kleinen Geschwulst und zunehmende Schwerbeweglichkeit des Stimmbandes, dem sie aufsitzt.

Es ist nach alledem zw...
handen, welche die früh...
Kehlkopfneubildungen, die ...
betrifft, und deren bald...
Frage dringend wünschens...

Diese Wichtigkeit ver...
drängenden Bedenkens an ...
ausführlich zu berichten ...
fühl nach in einem Unter...
Anzahl seiner Fachgenossen ...
bescheidene Rolle spielen ...
Seite nicht gegeben worden ...
jährigen specialistischen In...
dieser Formen vor Augen ge...
lung fast vom Beginn des ...
Zeit genau zu verfolgen, ...
Merkmale, die sich ihm ...
an dieser Stelle um so ...
wird, den er gegenüber ...
Und diesem Gesichtspu...
Ansicht nach zurücktre...
Merkmale auf ihren W...

Es wird im Folge...
der Stimmbandkrebs i...
jenigen Formen, in de...
submucösen Infiltratio...
Theile des Kehlkopfs ...
hälfte den Anblick ein...
Gefahr einer Verwechs...
solche Gefahr bei de...
stellenden Stimmband...
chronischer Laryngitis ...
ämie, welche den er...
lichkeit eines schwe...
mahnen wird, zweit...
in den Bewegung...
gleitende Umstände: ...
Schmerz, Empfindu...
gebührende Erwägu...

Die in bestim...
dungen präsentiren ...
unter dem Bilde ...
halbkugeligen ...
eine Stelle des ...
und hinteren D...

…eser Gegend ausbreiten sieht, kaum fehl gehen, wenn er in diesem Befunde ein …eres Verdachtsmoment schwerer Natur für die Bösartigkeit der betreffenden …ubildung erblickt.

Ein weiterer Anhaltspunkt ist, wie schon in dem citirten ersten Briefe des …ausgebers erwähnt, und wie auch von mehreren der citirten Autoren hervor…oben, in den Folgen etwaiger intralaryngealer Eingriffe gegeben, …gen dieselben in der irrthümlichen Voraussetzung, dass es sich um eine gut…ige Neubildung handle, oder zu dem Zwecke unternommen worden sein, ein …ct für die Vornahme einer mikroscopischen Untersuchung zu gewinnen. Handelt …ich um eine bösartige Geschwulst, so schliesst sich an den Eingriff gewöhnlich …eder ein um sich greifender Ulcerationsprocess, oder es erfolgt rapides …uerwachsthum des Tumors bei mangelnder Vernarbung der durch …peration gesetzten Wundfläche. Die letztgenannte Eventualität ist … häufigere. Sie kann sich, bei eventueller Wiederholung des Eingriffs, …ere Male ereignen, gewöhnlich gefolgt von immer rascherem Recidiv und … üppigerem Wachsthum der Neubildung. Der Verlauf verschiedener ein…iter Fälle liefert Belege für diese Angabe. — Es braucht indessen wohl nicht …ers betont zu werden, dass nicht etwa empfohlen werden soll, zu dem …ke zu operiren, um sich aus dem Verlaufe der Sache nach der Operation …e Anhaltspunkte zu verschaffen! Ein solches Vorgehen widerspräche nicht …en allgemeingültigen chirurgischen Grundsätzen in Fällen vermutheten …s, sondern könnte auch diagnostisch zu den schlimmsten Irrthümern führen, wie ein von Gottstein mitgetheilter Fall beweist[1]), üppiges Wuchern …eschwulst nach intralaryngealen Eingriffen an sich **nicht** beweisend …e bösartige Natur derselben ist! — Der Vollständigkeit halber aber musste …ieses Phänomens gedacht werden.

…e weiter in Fällen der geschilderten Art der pathologische Process fort…et, um so weniger Schwierigkeiten wird natürlich die Differentialdiagnose …ten, und ist es ersteinmal zu ausgedehnter Infiltration oder gar zur Ulceration …men, so wird die Gefahr einer Verwechslung mit einer gutartigen Neubil… eine äusserst geringe sein. Wie aber oben gezeigt worden ist, liegt es nach … Richtung hin im Interesse des Kranken, dass bereits in jener ersten Pe…, die sich bisweilen über mehrere Monate hinzieht, die richtige Diagnose …llt wird.

Die beschriebene Warzenform ist nicht die einzige, in welcher ein bösartiges …oplasma des Kehlkopfes ein gutartiges vortäuschen kann.

In selteneren Fällen erscheint ein Stimmband in seiner ganzen Länge … grauweisse oder grauröthliche Papillom-ähnliche Massen einge…ttet, oder es zieht ein fransenförmiger, anscheinend papillomatöser …aum fast seinem ganzen Rande entlang. In solchen Fällen, zumal bei …lteren Patienten, muss wiederum die Einseitigkeit der Affection gegenüber …rer verhältnissmässig grossen Ausdehnung den Verdacht auf Bösartig-

[1]) Der betreffende Fall, dessen Gottstein auch in seiner Antwort zur Sammel…schung gedenkt, findet sich in der zweiten Auflage seines Lehrbuchs, p. 158, aus…ührlich mitgetheilt.

keit erwecken, und auch in diesen Fällen wird die Frage der Beweglichkeit des betreffenden Stimmbandes ein wichtiges differential-diagnostisches Moment bilden.

Hier aber ist ein Wort der Warnung vor einer möglichen Irrthumsquelle geboten.

In dem bekannten Fall des Mr. M. W., der vom Herausgeber ausführlich beschrieben worden ist[1]), und in welchem wiederholte und sorgsame Untersuchung bei vortrefflicher Beleuchtung das linke Stimmband vollständig in Papillomähnliche Massen eingebettet erscheinen liess, während begleitende Umstände, wie die Farbe der Geschwulst, die fast vollständige Aphonie und das Alter des Kranken die Befürchtung der Malignität nahe legten, schien, obwohl über die Beweglichkeit des linken Stimmbandes selbst eben in Folge seiner anscheinend völligen Einbettung in diese Massen nichts zu ermitteln war, die völlig erhaltene und leicht constatirbare Beweglichkeit des linken Giessbeckenknorpels den gehegten Verdacht bestimmt zu negiren. Da wiederholte Erfahrungen den Herausgeber gerade über den Werth der freien Beweglichkeit des afficirten Stimmbandes resp. Giessbeckenknorpels für die Diagnose in solchen zweifelhaften Fällen belehrt hatten, machte ihn der Mangel dieses einen Symptoms in seiner Diagnose äusserst zweifelhaft und er musste sich dieselbe durch intralaryngeale Exstirpation von Fragmenten und mikroscopische Untersuchung derselben sichern. Die letztere ergab zuerst die Characteristica eines anscheinend harmlosen Papilloms[2]). Trotz alledem waren seine Befürchtungen nicht gehoben und er entfernte fünf Tage später ein zweites Fragment, dessen mikroscopische Untersuchung nunmehr die Existenz eines verhornenden Epithelioms über allen Zweifel feststellte. Fünf Tage später exstirpirte Dr. Hahn (Berlin) die linke Kehlkopfhälfte des Kranken. Erst bei der Operation stellte es sich heraus, dass das linke Stimmband gar nicht in den Process selbst einbezogen, sondern nur seiner ganzen Länge nach von einer schmalen länglichen epitheliomatösen, mit blumenkohlähnlichen Auswüchsen bedeckten Geschwulst bedeckt war, die mit breitem, bandartigem Stiel aus dem linken Ventrikel hervorwuchs[3])! Die freie Beweglichkeit des linken Arytaenoidknorpels war durch diesen Befund leicht genug erklärt und der Werth des Symptoms der Schwerbeweglichkeit gerettet. In Fällen ähnlicher Natur aber wird der Beobachter, der durch die freie Beweglichkett des betreffenden Giessbeckenknorpels an seiner eigenen Diagnose irre werden könnte, sich zu erinnern haben, dass das im Kehlkopfspiegel als Stimmbandcarcinom erscheinende Neoplasma möglicherweise ein Carcinom des Ventriculus Morgagni sein könnte und dass die freie Beweglichkeit des gleichseitigen Arytaenoidknorpels daher noch nicht ipso facto die Malignität des Gebildes ausschliesst!

---

[1]) „Transactions of the Clinical Society." Vol. XX.

[2]) Diese Seite des Falles ist in dem oben citirten ersten Briefe des Herausgebers an den Redacteur des British Medical Journal erwähnt. Er ist der erste der dort citirten Fälle.

[3]) Das Präparat befindet sich im Museum des St. Thomas-Hospitals (No. 520), und ist von vielen Collegen (u. a. von Prof. Virchow und Sir James Paget) inspicirt worden.



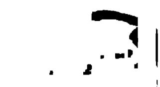
Die letzte Form endlich, in welcher der Herausgeber ein bösartiges Neugebilde des Kehlkopfs ein gutartiges simuliren gesehen hat, scheint eine äusserst seltene zu sein. Er wurde von einem befreundeten, bekannten Laryngologen ersucht, mit ihm einen etwa 40jährigen Hospitalpatienten zu sehen, in dessen Falle sich „Papillome" nach intralaryngealer Entfernung mit ganz auffallender Schnelligkeit wieder gebildet und um sich gegriffen hatten. Das Bild, das sich bei laryngoscopischer Untersuchung darbot, war ein äusserst merkwürdiges, wie es der Herausgeber weder vorher noch später je gesehen hat. Fast die ganze linke Seite des Kehlkopfes war von einem kurzgeschorenen, schneeweissen Papillomrasen[1]) (dies ist der passendste Vergleich, der sich darbietet) eingenommen, der, anscheinend vom linken Stimmband ausgehend, auf das linke Taschenband, den linken Giessbeckenknorpel, die linke arytänoepiglottische Falte übergegriffen hatte. In der Nachbarschaft nirgendswo Zeichen von Congestion oder Infiltration; von Ulceration nirgendswo eine Spur; die rechte Kehlkopfhälfte ganz gesund; keine andere Klage, als die über Stimmlosigkeit; keine Verbreiterung des Kehlkopfs; keine Lymphdrüsenschwellung. keine Kachexie. Trotz alledem hegte der Herausgeber auf Grund des ungewöhnlichen Aussehens und Sitzes, der bedeutenden Ausbreitung der Neubildung, des berichteten äusserst schnellen Recidivs, des Alters des Patienten vom ersten Augenblick die Befürchtung der Malignität und sprach dieselbe auch sogleich dem Collegen gegenüber aus. Seine Diagnose wurde um so ungläubiger entgegengenommen, als früher entfernte Fragmente von einem bekannten Pathologen mikroscopisch untersucht und für Papillome erklärt worden waren. Da der Herausgeber aber fest bei seiner Ansicht blieb, so wurde der betreffende Patholog ersucht, seine Untersuchung auch auf andere Fragmente der in Weingeist aufbewahrten, ursprünglich entfernten Neubildung auszudehnen, und diese Untersuchung ergab das Resultat, dass die Geschwulst von Anfang an theilweise epitheliomatöser Natur gewesen war! — Es handelte sich also um eine jener Mischformen, deren wir weiterhin noch eingehender zu gedenken haben werden.

Dass die obige Schilderung die Liste aller jener Formen erschöpft, in welchen eine bösartige Neubildung des Kehlkopfs in wohlumschriebener Tumorform auftretend ein gutartiges Neoplasma vortäuschen kann, ist der Herausgeber weit entfernt zu glauben. Die gegebene Beschreibung repräsentirt nur seine persönlichen Erfahrungen, und auch diese nur, soweit Stimmbandcarcinome betroffen sind. Zweifelsohne werden sich bei weiterer Beobachtung noch andere Formen auffinden lassen, die zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung geben können, und die genaue Beschreibung solcher erscheint sehr wünschenswerth. Immerhin darf man hoffen, dass schon jetzt die gegebene Darstellung in manchen Fällen differential-diagnostische Anhaltspunkte liefern wird.

Eines Einwurfs muss noch gedacht werden, der hier von fanatischen Transformationsgläubigen gemacht werden könnte, des Einwurfs nämlich, woher man denn wisse, dass nicht in den eben beschriebenen Fällen die Neubildung

---

[1]) Wenn nicht bereits ähnliche Geschwulstmassen entfernt worden wären, würde der Herausgeber am ehesten an eine Mykose gedacht haben.



ursprünglich gutartig gewesen und erst späterhin eine maligne Umbildung folgt sei?

Die Antwort ist eine sehr einfache: in allen Fällen, in welchen die laryn-scopische Untersuchung allein zur sicheren Feststellung einer frühzeitigen gnose nicht ausreichte. und die Grösse und der Sitz der zweifelhaften bildung die Entfernung von Fragmenten zum Zwecke mikroscopischer suchung irgend ermöglichten, wurde diese Entfernung vorgenommen, Resultat war, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle schon in den sten beschriebenen Stadien sich die epitheliomatöse Natur der Neubild Bestimmtheit erweisen liess! Die oben angegebenen Merkmale können Bestimmtheit als für primär bösartige Stimmbandneubildungen charakt in Anspruch genommen werden.

Immer freilich gab die mikroscopische Untersuchung, wie die zweiten Briefe des Herausgebers citirten Fälle zeigen, nicht den Aufschluss. — Im Gegentheil, bisweilen war das Resultat ein risches!

Wir kommen hier zu dem zweiten der Punkte, die für die einzelnen Falles von Wichtigkeit sind: Der Bedeutung der schen Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmen Differentialdiagnose.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

a. Therapeutisches.

1) **H. C. Mc Sherry. Ungewöhnliche Symptome nach localer Cocaïn auf die Nasen- und Halsschleimhaut. (Unusual symp the local application of cocaïne to the mucous membrane throat.)** *Medical Register Philadelphia. 111. 18. 1888.*

1. Aeusserst kleine Dosen einer local applicirten Cocain zuweilen toxische Wirkungen. 2. Die Symptome sind verschied sich nervöse Reizbarkeit, zuweilen Depression und deutliche gen. Diese Verschiedenheiten sind offenbar nicht von der hängig. 3. Bei Auswahl der Antidota muss man sowohl die logischen Wirkungen des Mittels, als auch die Symptome der Patient zeigt.

W.

2) **Fortescue Fox** (Strathpeffer Spa.). **Bedrohliche Sym einen Halsspray mit Cocaïn. (Alarming symptom throat with cocaine.)** *Brit. Med. Journal. 18.*

Einer kräftigen Dame, mittleren Alters, Cocaïnspray verordnet worden. Ueber die wirkl

a bei einem

…utter, dass er
… gelegentlich
… angewachsen
Aufschreien in
…lat., die Uvula
fluctuirende Ge-
… entfernt. Nach
etwa 2 Theelöffel
… Die Cystenhülle
… Innenfläche mit
…d von Gewebe ge-
…ristischen adenoiden

…en Cyste wird erklärt
…starkes Schreien) auch
SEIFERT.

…achenraumes als häufige
naso-faringee come causa
…na. Lombar. 1888.

…Nasenrachenraumes in der
…und Rachenkranke). Seine
…ohrs und der Tuben.
…rapie etc. der Vegatationen.
F. CARDONE.

…ration von Nasenrachenpolypen.

… die Lappen der Nasenwunde
…gem Metallstiel und derbem Holz-
…en gerichteten Oeffnung unter den
…aumensegel gebrachte Zeigefinger
…und leitet es hinter den Rachentheil
…bringt man den Löffel fest gegen die
…mit kräftigem Zuge dieselbe ab.
SEIFERT.

…tionsmethode von Nasenrachenpolypen.
…gardzielowych.) *Gazeta lekarska. No. 32.*

… der älteren bisher angewandten Opera-
…nbauer) berichtet B. über zwei in letzter
… nämlich die von König und von Furneaux
…er Scheere die Nase auf der Seite der Neu-
…telst eines scharfen breiten Löffels unter Lei-

8) **Kaposi** (Wien). **Erythrophlaeïn, das neue Anaestheticum.** *Wiener Wochenschrift. No. 8. 1888.*

Obwohl K. 17 Versuche mit subcutanen Injectionen nur an der Hau
so sind doch seine Beobachtungen auch für unsere Specialität von W
weil sie das häufige Vorkommen von langdauernden Schmerzen, starke
licher Reizung und allgemeinen Vergiftungserscheinungen oft noch n
Stunden constatiren. Die einverleibten Dosen des Erythr. muriatic
schwankten von 0,0025 bis 0,02 Grm. Die Anästhesie betraf nur
Zone, dauerte 1 bis 3 Stunden und war öfters sehr mangelhaft. A
oft vollständiger als Anästhesie. K. warnt vor Anwendung des M
Praxis, bis weitere Versuche vorliegen.

9) **Karl Koller** (Wien). **Erythrophlaeïn.** *Wiener med. Wochenschrift*

K. versuchte die anästhesirende Wirkung des E. hydrochloric
auf das Auge der Hunde und sein eigenes. Er brachte 2 Tropfen e
Lösung in sein Auge; sofort trat Brennen und nach 20 Minuten h
auf und erst nach 35 bis 40 Minuten die Anästhesie. Die Trübur
dauerte beinahe 2 Tage. An anderen Schleimhäuten stellte K. ke

10) **Nevinny** (Wien). **Erythrophlaeinum.** *Wiener med. Presse.*

N. beleuchtet hauptsächlich die chemischen, physiologisc
kologischen Eigenschaften dieses Präparates und kommt zum Sc
scheinlich das Erythrophl. aus 2 Componenten von verschied
zusammensetzt. Der local anästhesirenden Wirkung wird nur

11) **Goldschmidt** (Nürnberg). **Erythrophlaeïn als Anaesthetic** *klinische Medicin. 7. 1888.*

G. hat mit Erythrophlaein eine Anästhesie der Mund-
haut zu erzielen versucht, aber die Versuche mit einer 1 pr
stark, wie sie von ihm beim Auge verwendet wurden) habe
genden Resultate geführt.

b. Nase und Nasenrachenrau

12) **H. Poeschel. Zur Behandlung der Erkrankungen** *Münchener med. Wochenschrift. No. 14. 1888.*

Anpreisung der Insufflation pulverisirter Bor
Affectionen, als da sind acute und chronische Nas
catarrhe, bei denen P. die Borsäure ohne weiter
lässt. Bei Larynxcroup soll die Borsäure,
Entwickelung der Croupmembranen hemmen
Mittel zur Lösung des Schleimes sein.
gleichfalls durch Borsäureinsufflation ge

13) **Lehmann. Eine grosse angeborene Cyste der Bursa pharyngea bei einem kleinen Kinde.** *Archiv für klin. Chirurgie. XXXVII. 1. 1888.*

Ein $2^1/_2$jähriger Knabe wird gebracht, mit der Angabe der Mutter, dass er eine Geschwulst im Rachen habe, die zuerst im Alter von $^1/_2$ Jahre gelegentlich einer Rachendiphtherie bemerkt, in den letzten Tagen ganz rasch angewachsen sei. Von da an erst Beschwerden, Schlucken, Schnarchen, öfteres Aufschreien in der Nacht. Bei der Untersuchung fand sich hinter dem Velum palat., die Uvula noch überragend eine haselnussgrosse, blaurothe, rundliche, fluctuirende Geschwulst. Diese Cyste wird von Küster bei hängendem Kopfe entfernt. Nach 4 Tagen war Pat. geheilt. Der Cysteninhalt war honiggelb (etwa 2 Theelöffel voll), enthielt ausser rothen Blutkörperchen keine Formelemente. Die Cystenhülle war innen glatt und glänzend, die Wand $^1/_2$—$1^1/_2$ Mm. dick. Innenfläche mit cylindrischem Flimmerepithel ausgekleidet, die vordere Wand von Gewebe gebildet, das identisch mit der für die Pharynxtonsille charakteristischen adenoiden Substanz.

Das rasche Anwachsen der als angeboren angesehenen Cyste wird erklärt durch Blutungen, die ausser in die Wand der Cyste (durch starkes Schreien) auch ins Innere der Cyste stattgefunden haben. SEIFERT.

14) **E. Kruch** (Pavia). **Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes als häufige Ursache von Ohraffectionen. (Le vegetazioni adenoidi naso-faringee come causa frequente di malattie auricolari.)** *Gazz. Medica Italiana. Lombar. 1888.*

K. meint, dass die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes in der Lombardei sehr häufig seien (20:240 Ohren-, Nasen- und Rachenkranke). Seine 20 Patienten hatten sämmtlich Affectionen des Mittelohrs und der Tuben.

Schliesslich bespricht er die Diagnose, Therapie etc. der Vegatationen. Nichts Neues. F. CARDONE.

15) **König** (Göttingen). **Eine neue Methode der Operation von Nasenrachenpolypen.** *Centralblatt für Chirurgie. 10. 1888.*

Man spaltet die Nase auf einer Seite, zieht die Lappen der Nasenwunde auseinander, führt einen scharfen Löffel mit langem Metallstiel und derbem Holzstiel auf dem Boden der Nase mit der nach oben gerichteten Oeffnung unter den Polypen. Der durch den Mund hinter das Gaumensegel gebrachte Zeigefinger der zweiten Hand empfängt das Instrument und leitet es hinter den Rachentheil der Geschwulst, durch Senken des Griffes bringt man den Löffel fest gegen die Insertionsstelle der Geschwulst und trennt mit kräftigem Zuge dieselbe ab.

SEIFERT.

16) **R. Barącz** (Lemberg). **Eine neue Operationsmethode von Nasenrachenpolypen. (Nowy sposób operowania polipow noso-gardzielowych.)** *Gazeta lekarska. No. 32. 1888.*

Nach einer kritischen Besprechung der älteren bisher angewandten Operationsmethoden (Langenbeck, Gussenbauer) berichtet B. über zwei in letzter Zeit angewandte Operationsmethoden, nämlich die von König und von Furneaux Jordan. Während der erste mit einer Scheere die Nase auf der Seite der Neubildung aufschneidet und dann mittelst eines scharfen breiten Löffels unter Lei-

tung des Fingers in den Nasenrachenraum die Geschwulst entfernt [siehe vorstehendes Referat. Red.], empfiehlt Furneaux Jordan die Blosslegung der knöchernen Nasenapertur durch Bildung eines grossen, aus dem Nasenflügel und der Oberlippe gebildeten Lappens.

Auf letztere Weise operirte B. einen 52jähr. Patienten, der mit einem grossen, die Nase und die Nasenrachenhöhle ausfüllenden Tumor behaftet war. Zur Anästhesie wurden einige subcutane Injectionen von 2proc. Cocainlösung in Nase und Oberlippe ausgeführt, die Nase auf die oben angegebene Weise freigelegt, der gänseeigrosse Tumor mit der Scheere abgetrennt und vom Velum entfernt, sodann Nasenflügel und Oberlippe wieder angenäht. Die Blutung war ziemlich bedeutend. Nach 2 Wochen wurden die Reste der Neubildung von vorne mit der Zange von den Muscheln entfernt und die Athmung wieder hergestellt. B. spricht sich in entsprechenden Fällen für eine Combination der Methode von König mit dem soeben beschriebenen Verfahren aus. obwohl auch die Gussenbauer'sche Methode in gewissen Fällen indicirt sein kann. HERYNG.

17) **C. Stonham** (London). **Ein Fall von Nasenrachenpolyp. (A case of nasopharyngeal polypus.)** *Lancet. 7. Januar 1888.*

Patient, ein Knabe von 16 Jahren, litt zuerst vor einem Jahr an Sprachbeschwerden. Alsdann folgten Anfälle von Epistaxis, 3—4mal jede Woche. 6 Monate später waren beide Nasenlöcher ganz verstopft; zuletzt bestanden Athem- und Schluckbeschwerden.

Bei der Aufnahme des Patienten fand man einen grossen Nasenrachenpolypen, der mit einem breiten festen Stiel an der Schädelbasis sass und nach vorn in die Nase, besonders linkerseits, hineinwuchs. Nach einigen Tagen löste sich ein gutes Stück des Tumors ab und verschaffte dadurch dem Patienten grosse Erleichterung. Man machte die Laryngotracheotomie und legte Trendelenburg's Tampon ein. Hierauf wurde der Tumor nach der Lawrence'schen Methode entfernt. Der Stiel wurde mit dem Paquelin durchschnitten, ein grosses Stück von den Keilbeinzellen entfernt; der Process. basilaris zeigte sich ganz vom Periost entblösst. Auf den Sitz des Stiels wurde Chlorzinkpaste gelegt. Die Nase wurde reponirt und mit Silbernähten befestigt; die Operation liess kaum irgend eine Deformität zurück. Der Patient machte eine vorzügliche Genesung durch und verliess nach 14 Tagen das Krankenhaus ganz geheilt.

Als 6 Monate darauf ein Recidiv eintrat, wurde eine zweite Operation ausgeführt. Zuerst versuchte man, den Tumor durch den Mund nach Spaltung des weichen Gaumens zu entfernen. Als dies jedoch fehlschlug, wiederholte man die frühere Operation, mit der Modification, dass Volkmann's Löffel hinter der Tonsille gebraucht wurde, um eine Verletzung der Carotis zu vermeiden.

Der Patient erholte sich schnell, und drei Jahre nach der zweiten Operation war noch keine Spur eines Recidivs vorhanden. A. E. GARROD.

c. Mundrachenhöhle.

18) **H. Senator** (Berlin). **Ueber acute infectiöse Phlegmone des Pharynx.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 5. S. 77. 1888.*

Im Anschluss an 4 von ihm beobachtete und zur Section gekommene, genau wiedergegebene Fälle, in Bezug auf welche, was die Einzelheiten anlangt, auf das Original verwiesen werden muss, fasst S. das Krankheitsbild folgendermassen zusammen: „Es handelt sich um eine acute, fieberhafte, übrigens mit nur mässigen Temperatursteigerungen einhergehende Erkrankung, bei welcher frühzeitig Halsschmerzen und insbesondere Schlingbeschwerden eintreten, zu denen alsdann Störungen von Seiten des Kehlkopfs, nämlich mehr oder weniger bedeutende Heiserkeit und Athemnoth, endlich Störungen des Sensoriums sich hinzugesellen und in kurzer Zeit der Tod erfolgt, ohne dass die lebenswichtigen inneren Organe erhebliche Veränderungen zeigen. Der constante anatomische Befund, welcher auch die Erscheinungen im Leben erklärt, ist eine diffuse eitrige Entzündung im tieferen Gewebe der Pharynxschleimhaut, die sich von da aus auf den Kehlkopf und die Drüsen fortsetzt und secundär noch andere Organe in Mitleidenschaft zieht. Die Krankheit hat vorher ganz gesunde Personen befallen ohne nachweisbares ätiologisches Moment“. S. hält diese Krankheit als bisher in der Literatur in ihrer Eigenart nicht beschrieben, glaubt aber, dass sie nicht gar zu selten sei. In ähnlicher Weise könne auch der Larynx, die Pleura, das Peritoneum, der Magen, die Knochen etc. erkranken und würden wir dann eine primäre infectiöse phlegmonöse Laryngitis etc. bekommen. Nie aber dürfe es sich dabei um secundäre Affectionen handeln, sondern um primäre Phlegmonen, die sich entwickeln, ohne dass die Schleimhaut vorher verletzt oder erkrankt ist. Versuche, einen bestimmten Mikroorganismus aus der erkrankten Schleimhaut zu züchten, haben bisher kein positives Resultat ergeben. Die Krankheit könne nicht mit Diphtherie verwechselt werden, weil sich keine Membranen bilden. In Bezug auf die infectiöse Angina geben der Verlauf, die Infiltration der Weichtheile am Halse, die typhösen Erscheinungen und das Uebergreifen auf den Larynx und andere Organe differentiell-diagnostische Momente ab.

In der Berliner medicinischen Gesellschaft, in welcher S. dies vortrug, schloss sich daran eine eingehende Discussion (Berl. klin. Wchschr., No. 6, S. 112, 1888). P. Guttmann erwähnt, dass das Krankheitbild namentlich von Ziemssen als erysipelatöse Entzündung des Pharynx, wenn auch unter einem anderen Namen, so doch genau beschrieben sei. Auch habe es etwas Bedenkliches, diese Formen vom Erysipel zu trennen, lediglich deshalb, weil kein Hauterysipel vorhanden gewesen und der Fehleisen'sche Coccus sich nicht habe finden lassen. Virchow führt unter Demonstration von Präparaten an, dass die Krankheit nicht unbekannt sei, und sich in ähnlicher Weise am ganzen Verdauungstractus finde. Man könne dreierlei Kategorien unterscheiden: „1. Solche, wo man einen directen Import infectiöser Stoffe von aussen auf eine bestimmte Stelle des Digestionstractus voraussetzen darf. 2. Evident metastatische Fälle, in denen von entfernteren Punkten aus die Uebertragung erfolgt, zuweilen

mit Sprüngen, ohne dass Zwischenglieder bemerkbar werden, häufiger freilich, indem sich die Succession von infectiösen Uebertragungen bildet, wie z. B. im Puerperium vom Uterus auf das Peritoneum, vom Peritoneum einerseits auf die Magenwand, andererseits auf das Diaphragma und von da auf Pleura, Lunge und Mediastinum, zuweilen auch auf die Umgebungen des Oesophagus. Das sind progressiv immer weiter schreitende Formen einer Phlegmone migrans. Endlich giebt es eine Anzahl von Fällen, die wir beim besten Willen vorläufig nicht auf eine bestimmte Ursache beziehen können, die man also nach alter Regel als spontane bezeichnen würde". B. FRAENKEL.

19) **Landgraf** (Berlin). **Ueber primäre infectiöse Phlegmone des Pharynx.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 6. S. 97. 1888.*

Mittheilungen eines Falles, der innerhalb 50 Stunden plötzlich, ohne Erstickungsanfall zum Tode führte. Keine Benommenheit. Das Laryngoscop zeigte die Epiglottis enorm geschwollen und geröthet. Die aryepiglottischen Falten, sowie die Schleimhaut über den Aryknorpeln sind ödematös, nicht geröthet. Starke Betheiligung der Speicheldrüsen. L. macht darauf aufmerksam, dass die Diagnose zwischen der infectiösen Phlegmone und Fremdkörpern nicht immer leicht und nur vermittelst des Kehlkopfspiegels oder vorsichtiger Digitaluntersuchung zu stellen sei und führt einen dies illustrirenden Fall an, in dem es gelang, den Fremdkörper, einen Pflanzenstengel, zu extrahiren. B. FRAENKEL.

20) **W. Hager** (Wandsbeck). **Zur Kenntniss der acuten infectiösen Phlegmone des Pharynx.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 12. S. 235. 1888.*

Casuistische Mittheilung. Bei einem 39 Jahr alten, gesunden und soliden Manne trat unter Delirien und hohem Fieber eine leichte Angina auf. Daran schloss sich eine Oesophagitis und Gastritis mit diffuser phlegmonöser Infiltration des Halses, welche zu hochgradigen Schling- und Athembeschwerden führte und fast die Tracheotomie nothwendig machte. Nach plötzlichem Nachlass dieser Erscheinungen entwickelte sich das Bild allgemeiner Septicämie mit Betheiligung der Gelenke. Heilung unter Antipyringebrauch. B. FRAENKEL.

21) **P. Baruch** (Paderborn). **Acute infectiöse Phlegmone des Pharynx.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 13. S. 256. 1888.*

Unklarer Fall. In einem Hause, in welchem vorher und nachher Erysipelas beobachtet wurde, bekam ein Mann plötzlich Larynxstenose. Tracheotomie. Erysipelas des Halses und der Brust. Reconvalescenz. Plötzlicher Tod beim Essen. Keine Section. B. FRAENKEL.

22) **F. Obtułowicz** (Buczacz). **Ein Beitrag zu Senator's acuten infectiösen Phlegmonen des Pharynx. (Kilka uwag o nowej chorobie nazwanej przez Senatora ostremm zakaznemm zapaleniemm rozycowatem polyku.)** *Przegląd lekarski. No. 12, 13, 15. 1888.*

Das rege Interesse, welches die von Senator in letzter Zeit beschriebene, gefährliche Pharynxaffection erweckt hat, und die bisher über ihre Natur herrschende Controverse berechtigen Ref., die Krankheitsfälle, die O. anführt, etwas ausführlicher zu besprechen.

O. wurde im Januar d. J. zu einer 19jährigen, hochschwangeren, auf dem Lande wohnenden Patientin gerufen, in deren Familie 2 Personen an acuter Pharyngitis erkrankt, aber rasch genesen waren, und woselbst ein Monat früher im Nachbardorfe eine Masernepidemie geherrscht hatte. Die betreffende Kranke zeigte eine diffuse Röthe im Pharynx und am weichen Gaumen mit Schwellung beider Mandeln und allen Anzeichen einer auf der rechten Seite sich entwickelnden Peritonsillitis suppurativa, und klagte über heftige Schlingbeschwerden. Keine Fluctuation, keinerlei Belege auf den Tonsillen. Temp. 38,6, weicher, schneller Puls (120). Die Stimme rein. Schwellung der submaxillären Drüsen ziemlich ausgesprochen. Zwei Tage später constatirte ein herbeigerufener, in der Nähe der Kranken wohnender College Temp. 39, die Haut auf dem Halse infiltrirt, bedeutender Collapsus, Heiserkeit, ohne Stenose.

Den nächsten Tag wurde in Abwesenheit des Verf. noch ein anderer Arzt zur Consultation gerufen. Derselbe fand die Haut am Halse und über dem Sternum pastös infiltrirt, keine Belege auf den Tonsillen, nur hochgradige Schwellung und Röthung im Rachen und am Velum, starke Infiltration in der Gegend der rechten Mandel, schwache Stimme ohne Stenosenerscheinungen, drohenden Collaps, Präcordialangst, Diarrhoe, doch kein Eiweiss im Urin. Unter steigendem Kräfteverfall Tod am 6. Tage ohne Dyspnoe.

Einige Tage später erkrankte in derselben Wohnung der 17jährige Schwager der Verstorbenen an Schlingbeschwerden mit Röthung und Schwellung im Rachen und an den Mandeln, doch ohne jeden Belag auf denselben. Die submaxillaren Drüsen waren mässig vergrössert und schmerzhaft. Er genas nach 8 Tagen.

Zu gleicher Zeit erkrankte sein 60jähriger, dasselbe kleine und dumpfe Zimmer bewohnende Vater, und zwar an Kopf- und Gesichtsrose, die von der Nase ihren Ursprung genommen, doch ohne jedwede subjective und objective Rachenaffection und ohne Eiweiss im Urin. Der Kranke genas nach 8 Tagen, und seitdem wurde in dem Hause Niemand mehr von einer ähnlichen Affection befallen.

Ueber einen zweiten, letal verlaufenden Fall von Angina, den Verf. vor 3 Jahren beobachtete, berichtet er Folgendes:

Ein 30jähriger, bisher gesunder Müller erkrankte plötzlich an Angina. Im Pharynx Röthung und Schwellung der Mucosa, ohne jedweden Anflug auf den Tonsillen. Die Dysphagie war so bedeutend, dass Patient am 8. Tage mit der Schlundsonde ernährt werden musste. Hochgradige Heiserkeit gesellte sich bald hinzu. Im Larynx fand man acutes Oedem der hinteren Larynxwand über den Aryknorpeln und der Taschenbänder, mit Stridor. Die Tracheotomie wurde verweigert, und der Kranke erlag am 10. Tage unter Collapserscheinungen. In diesen beiden letal endigenden Fällen konnte die Autopsie nicht ausgeführt werden.

Nachdem O. die bekannten von Senator beschriebenen [illegible] in Kürze angeführt und die charakteristischen Symp[illegible] dieser Erk[illegible] und die Discussion, zu welcher dieselbe in der Ges[illegible] er Ae[illegible] den von Landgraf publicirten Fall besp[illegible] er [illegible] rechtigen, die hier angeführte Erkr[illegible] acut[illegible] Pharynx aufzufassen und zählt hi[illegible] den [illegible],

den Rachenbefund, d. h. den Mangel von Exsudation auf den Mandeln, den Tod unter Erscheinungen von Herzparalyse.

Betont wird, und mit Recht, dass in dem Fall von Gesichtserysipel bei dem betreffenden Patienten keine Rachenaffection sich hinzugesellte, daher Senator's Angabe, dass die Krankheit mit Erysipelas pharyngis und laryngis nicht identisch sei, durch diesen Fall bekräftigt werde. HERYNG.

23) **F. Cardone (Neapel). Primäres Erysipel des Pharynx. (Erisipela primitiva della faringe.)** *Giornale Internaz. di S. Med. April 1888.*

C. berichtet, nach einem kurzen Abriss der Literatur des Erysipels des Pharynx bis auf die Jetztzeit. 4 Fälle von primärem Erysipel des Pharynx, die er studirt hat. In dieser Arbeit sind die bacteriologischen Beobachtungen sehr bemerkenswerth, die niemals zuvor bei ähnlichen Fällen gemacht wurden. C. hat den Streptococcus erysipelatosus von Fehleisen in zahlreichen Präparaten beobachtet. Er hat ihn auch cultivirt und Kaninchen mit positiven Resultaten eingeimpft.

Der Autor schliesst mit einigen Bemerkungen über die Frequenz, die Symtomatologie, Diagnose, Aetiologie und Behandlung des primären Erysipels des Pharynx. AUTOREFERAT.

24) **Weil (Stuttgart). Zur Behandlung der Pharyngitis chronica.** *Med. Corresp.-Blatt des Württemb. ärztl. Landesvereins. 12. 1888.*

W. benutzt zur Behandlung der Pharyngitis chronica den Holzessig; derselbe wird unverdünnt auf die Rachenschleimhaut, gewöhnlich 2mal in der Woche, aufgepinselt. Bei Pharingitis sicca sind die Erfolge trotz täglicher Pinselung nicht ermuthigend.

Die Granulationen an der Rachenwand werden mit dem Paquelin-Brenner behandelt nach vorausgegangener Anästhesirung mit Cocain. SEIFERT.

25) **T. Harris (Manchester). Necrotisirende Pharyngitis. (Sloughing pharyngitis.)** Sitzung der Pathological Soc. of Manchester. *Brit. Med. Journal. 25. Febr. 1888.*

H. zeigte das Präparat einer Necrose des Pharynx, die jedoch nicht diphterischer Natur war. Die Krankheit hatte sich bis zum Larynx erstreckt und dadurch die Tracheotomie nothwendig gemacht. Patient, ein Mann von 60 Jahren, starb 6 Tage nach Beginn der Erkrankung. A. E. GARROD.

26) **W. Wróblewski (Warschau). Ueber Pharynxtuberculose. (Gruzlica gardzieli.)** *Gazeta lekarska. 1887.*

Das Material zu dieser Arbeit bildeten 14 Fälle von Pharynxtuberculose, welche theils aus der Abtheilung des Referenten im St. Rochus-Spital, theils aus seiner Privatpraxis stammten und auch von W. beobachtet wurden. Er unterscheidet zwei Formen dieser Erkrankung, eine miliare und eine diffuse Form. Die Entstehung der Geschwüre aus miliaren Knötchen konnte in einigen Fällen, besonders an den Gaumenbögen genau verfolgt werden. In einem Fall entstand die Krankheit primär im Rachen, ebenso wie dieselbe an den Tonsillen als primäre Erkrankung vom Ref. beobachtet und mikroscopisch und bacteriologisch an den ausgeschnittenen Mandeln nachgewiesen worden ist. Fast in allen Fällen

war die Uvula früher oder später afficirt und bot dem Ref. ein ausgezeichnetes Material zum Studium der Histogenese des reticulirten Tuberkels und der Natur der Riesenzellen. — In 4 Fällen wurde die Autopsie ausgeführt, doch wurde keine verbreitete Miliartuberculose der inneren Organe in unseren Fällen gefunden.

Was die Symptome anbetrifft, so fanden wir sehr oft bedeutende Lymphdrüsenaffection, sowohl der Cervical-, sowie auch der Axillar-, Cubital- und Inguinaldrüsen (Lues war ausgeschlossen). Foetor ex ore wurde in einigen, aber nicht in allen Fällen beobachtet. Bei manchen Kranken war die Differentialdiagnose zwischen Lues und Tuberculose erst durch das Auffinden von Tuberkelbacillen geklärt, nach denen auch jedesmal eifrig gesucht wurde.

Die Prognose ist fast immer eine letale. Zwei Fälle, wo nach localer chirurgischer Behandlung Vernarbung der Geschwüre im Pharynx erzielt wurde, mit deutlicher Narbenbildung, sind vom Ref. in seiner Arbeit über die chirurgische Behandlung der Larynxphthise (1887) ausführlich beschrieben worden. Die Therapie bestand in Cocaïnpinselungen. Einreibungen von Acid. lacticum, Incisionen, Curettement, Abtragung der ulcerirten und infiltrirten Uvula, neben entsprechender roborirender Allgemeinbehandlung. Das Fieber bot bei unseren Kranken keinen charakteristischen Typus, und zeigte im Durchschnitt Morgens 37 bis 38, Abends 38,5—39,5.

Was das Alter anbetrifft, so war die jüngste Kranke 22 Jahre, der älteste Patient zählte 54 Jahre. Am häufigsten wurden Männer zwischen dem 20. bis 30. Jahre befallen (8 auf 14). Die Erkrankung war localisirt am häufigsten an den Gaumenbögen, dann auf der Uvula, der hinteren Pharynxwand, am seltensten im Nasenrachenraume (14 Mal auf den Gaumenbögen, 10 Mal auf der Uvula, 6 Mal im Pharynx, 6 Mal auf den Tonsillen).

Eine Complication mit Tuberculose der Zunge und der Lippen wurde auf 14 Fälle 8 Mal beobachtet. HERYNG.

27) **Decker** und **Seifert. Ueber Mycosis leptothricia pharyngis.** Verhandlungen der physikalisch-med. Gesellschaft zu Würzburg. 2. Sitzung. 1888.

Zu den 34 bisher in der Literatur verzeichneten Fällen fügen die Verff. einen neuen hinzu. Patient erkrankte scheinbar an Diphtherie, nach deren Ablauf aber Flecken auf den Mandeln zurückblieben; ausserdem fanden sich Beläge an den Mündungen der Zungenbalgdrüsen sowie an der hinteren Pharynxwand; nur die galvanische Behandlung, die auch in einem zweiten einen Studenten betreffenden Falle sich bewährte, hatte Erfolg. Die Verff. fanden in den Belägen hauptsächlich Lepthotrix buccalis, theils in langen Fäden, theils in Büschel- und Garbenform; nebenbei fanden sich verschiedene Coccenarten. Impfungen am Menschen gelangen; eine Reinzüchtung konnte wegen Mitwachsen anderer Bacterien nicht erzielt werden. SCHECH.

28) **W. Ołtuszewski. Mycosis pharyngis leptothricia. (Przypadek grzybicy gardzieli włoskowcowej.)** *Gazeta lekarska. No. 4. 1888.*

Ein miskroscopisch nachgewiesener Fall dieser Erkrankung bei einem 16jährigen Mädchen. Die krankhaften Producte in den Mandeln wurden mit der He-

den Rachenbefund, d. h. den Mangel von
unter Erscheinungen von Herzparalyse.

Betont wird, und mit Recht, dass
betreffenden Patienten keine Rachen
Senator's Angabe, dass die Krank
nicht identisch sei, durch diesen Fa

23) F. Cardone (Neapel). Primäres
della faringe.) *Giornale Intern*

C. berichtet, nach einem
Pharynx bis auf die Jetztzeit. 4
er studirt hat. In dieser Arbeit
bemerkenswerth, die niemals z
den Streptococcus erysipelatosus
obachtet. Er hat ihn auch
eingeimpft.

Der Autor schliesst mit e
tomatologie, Diagnose, Aetio
Pharynx.

24) Weil (Stuttgart). Zur Be
Blatt des Württemb. ärztl. L

W. benutzt zur Behand
selbe wird unverdünnt au
Woche, aufgepinselt. Bei
selung nicht ermuthigend.

Die Granulationen a
behandelt nach vorausg

25) T. Harris (Manchest
Sitzung der Pathologic

H. zeigte das Pr
terischer Natur war.
durch die Tracheotom
starb 6 Tage nach B

26) W. Wróblewski
Gazeta lekarska.

Das Material
welche theils aus d
seiner Privatpraxis
scheidet zwei Form
Entstehung der G
sonders an den
die Krankheit p
märe Erkrankun
den ausgeschn

... syphilitischer ...
... Larynx hatte, ...
... und allgemeine ...
... asma recidivirte ...
... nur eines gross

CARDONE.

... sur le tubage du ...

... intubation ...
... durch den ...
... sah. Er s...
... meidung einer ...
... für das Ver...
... ausführ...
... Gegengründe be...
... welche das ...
... Zudem ...
... Die wenigsten ...
... deshalb ...
... häufiges ...
... Membranen ...
... Kehldeckels ...
... Huber.

...che unter 29 Croupfällen 11 Heilungen aufzähle, diejenige des Pariser Spitales [illegible] Heilungen entgegen.

Wenn Ref. etwas zu diesen Ansichten bemerkt, so geschieht es nicht nach [illegible] Erfahrungen, sondern nur a priori. Erstens ist der Begriff von Schwierigkeit ein sehr relativer und die Intubation eben dazu geeignet, nicht erst bei vorgeschrittener Stenose, sondern viel früher als die Tracheotomie angewendet zu werden, zu einer Zeit, wo durch die Einführung einer Canüle noch keine ernstliche Gefahr entstehen kann. Zweitens kann die Methode, obschon nur die Minderzahl der Aerzte die nöthige Technik erlernen wird, doch für die Städte, in welchen die Diphtherie vorwiegend herrscht, eine allgemeine werden, wenn nur in jedem Kinderspital ein der Sache kundiger Assistent wohnt. So gewichtig die schon [illegible] langem gegen die Tubage erschallten Stimmen auch sind, so wird doch die Frage über die Zukunft des Verfahrens sich nur danach entscheiden, wie viel Erfolge schliesslich die bestgeübte Hand damit erzielen wird. Im günstigen Falle werden dann die Handgriffe auch von weniger Geübten bald erlernt werden, zumal dabei das Laryngoskop nicht nothwendig ist. Die ungünstigen Erfahrungen des Verf., welche immerhin stark genug gegen die Methode sprechen, erklären auch, dass dieselbe, als sie vor ungefähr 30 Jahren von Bouchut erfunden wurde, von den Franzosen energische Zurückweisung erfuhr und dies spricht noch nicht für die Intubation. Immerhin hat dieselbe heutzutage in Folge der neuern Fortschritte der Laryngologie und Laryngotechnik vielleicht weit mehr Aussicht auf Erfolg und Anerkennung als früher. JONQUIÈRE.

W. v. Muralt (Zürich). **Vorstellung der Intubationscanülen von O'Dwyer in der Gesellschaft der Aerzte in Zürich.** *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. No. 15. Basel, 1888.*

Verf. verhält sich zuwartend und zieht zur Behandlung des Croup einstweilen die Tracheotomie, welche bei uns viel bessere Resultate liefert, als die Intubation bei den Amerikanern, weit vor. Jedenfalls solle die letztere niemals unternommen werden, bevor Alles zur Tracheotomie fertig sei. Dagegen hält Verf. die Methode sehr zweckmässig zur Behandlung von Kehlkopfstenosen nach Kropfoperationen oder in Folge von Lues und citirt dafür einen noch in seiner Behandlung stehenden Fall von Granulationsstenose. Ganz gewiss leuchtet die O'Dwyer'sche Methode nach den günstigen Erfahrungen mit den Schrötter'schen Röhren Jedem von vornherein viel besser ein für Verengerungen bei chronischen Kehlkopfleiden als für die Behandlung des membranbildenden Croups.

JONQUIERE.

Hendrin und Hicguet. **Fall von Larynxtubage. Wiederholtes Verstopftsein und Ausstossung der Canüle. (Un cas de tubage de la glotte. Obstruction et expulsion réitérées de la canule.)** *Journal de Med., de Chir. et de Pharmacol. No. 3. 1888.*

Dieser erste Versuch mit der O'Dwyer'schen Operation misslang aus den angeführten Gründen. BAYER.

ryng'schen Pincette entfernt, recidivirten aber
Zungengrunde localisirten Auflagerungen ohne
verschwanden. O. ist daher geneigt, sich gegen
handlung auszusprechen und empfiehlt (nach J
lösungen zum Gurgeln. (Ausser den früher (18
Ref. in letzter Zeit 14 Fälle dieser Erkrankung

29) **V. Cozzolino** (Neapel). **Erster Fall eines**
Wand des Mundtheils des Pharynx. (Primo
parete posteriore di faringe boccale.) *B*
1. Januar 1888.

Der Titel besagt fast Alles. Es handelt
Mädchen, welches auch adenoide Vegetationen
Papillom war vielleicht von derselben Natur
suchung nicht mit.

30) **F. Felici** (Rom). **Granulom des Pharynx**
faringe o sarcoma?) *Il Morgagni. M*

Eine in der Klinik von Massei g
dieses Artikels. Es handelte sich um ei
der eine ulcerirende Neubildung an dem
alle Charaktere der gummösen Infiltration
antisyphilitische Behandlung brachte kein
sehr schnell. — Die mikroscopische Unter
zelligen Sarcoms.

d. Diphthe...

31) **Thomas** (Genf). **Ueber die Tub**
larynx.) *Revue médicale de la S*

Verf. beschreibt in einem k
O'Dwyer, welche er im Trousseau
Abtheilung für Diphtheritis leitend
von dem dort Gesehenen, trotzd
äusseren Wunde in mancher Beziel
fahren gewonnen worden und gi
barer und sicherer Behandlung
treffen hauptsächlich die Schwi
bei asphyctischen Kindern n
müsse man doch immer Al
Aerzte hätten Gelegenheit. z
habe die Methode keinen a
Herausspringen der Canüle.
und Dysphagie. Auch gl
beeinträchtigen. Endl

he larynx)

. citation der
.. LEFFERTS.

larynx.) S

Patienten ge
LEFFERTS.

Speise
dass etwas in
könnte, und
ausschliessliche Rectal-
völlige Entziehung von
Der Schleim sei nie-
nach der Tracheotomie.
nicht; wenn jedoch das
nicht in irgend welcher
so ist der Hustenreiz ge-
haben. E. glaubt, dass
grösstentheils gründlich
er, mit Rücksicht auf
dem Patienten Essen
W. SWIFT LEFFERTS.

on intubation.)

LEFFERTS.

intubation. (An interesting case

H. H. de Witt. **Bericht über zwei Fälle erfolgreicher Intubation. (Report of two cases of successful intubation.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 3. März 1888.*

Verf. meint, dass man oft den Missgriff mache, nicht grössere Röhren anzuwenden; sie sind zwar schwerer einzuführen, doch bleiben sie sicherer in ihrer Lage. Seit einem Jahre giebt W. in allen Fällen von Diphtherie grosse Dosen von Jodkali und Hydrarg. bijod.　　W. J. SWIFT (LEFFERTS).

J. M. Humrichouse. **Zwei Fälle von Intubation des Larynx. (Two cases of intubation of the larynx.)** *Maryland Medical Journal. 10. März 1888.*

Der erste Patient starb 30 Stunden nach der Operation an Pneumonie; der zweite am 4. Tage an Bronchitis.　　W. J. SWIFT (LEFFERTS).

W. S. Kendrick. **Intubation und Tracheotomie. (Intubation and tracheotomy.)** *Atlanta Medical and Surgical Journal. V. (N. S.). 3. 1888.*

Nichts Neues.　　W. J. SWIFT (LEFFERTS).

W. S. Jones. **Intubation oder Tracheotomie? (Intubation or tracheotomy.)** *Medical Register. Philadelphia, 25. Februar 1888.*

Spricht sich zu Gunsten der Intubation aus.　　W. J. SWIFT (LEFFERTS).

e. Kehlkopf und Luftröhre.

L. Srebrny (Warschau). **Ueber Pharynx und Larynxtuberculose. (Gruzilica gardzieli i krtanni.)** *Gazeta lekarska. No. 10. 1888.*

Nach einer kurzen Besprechung der Fortschritte in der localen Behandlung der Larynxphthise, die durch die Arbeiten von S c h m i d t, K r a u s e und H e r y n g angeregt wurden, äussert sich V. über ihren Werth dahin, dass obwohl die locale Behandlung sicherlich als ein bedeutender Fortschritt angesehen werden muss, dieselbe dennoch den Patienten nicht zu retten vermag. Er gebraucht ausser der Milchsäure und dem Curettement, den Galvanocauter mit dem er bei einem Kranken die Infiltration der hinteren Larynxwand und der Taschenbänder zerstörte. (Ref. muss sich auf Grund eigener Erfahrung über die Anwendung der Galvanocaustik bei Larynxphthise gegen diese Behandlung aussprechen und zwar wegen der starken Reaction und des gefährlichen collateralen Oedems.) S. erklärt sich für den Nutzen der Tracheotomie bei hochgradiger Larynxphthise und schlägt vor, durch die Trachealöffnung nach dem Vorgange von S c h ä f e r und R e i c h e r t antiseptische Flüssigkeiten in die Lunge einzuspritzen, deren Behandlung er für wichtiger erklärt als die locale Behandlung der Larynxphthise. Bei einem Larynxphthisiker, der ausser der Lungeninfiltration, auch an Pleuritis purulenta litt, konnte S. nach Entleerung des Exsudates durch chirurgischen Eingriff eine Besserung im Larynx drei Wochen später ohne locale Behandlung constatiren. (R. Eine genauere Angabe des Befundes im Larynx vor und nach der Thoracocentese, wäre jedenfalls erwünscht.)　　HERYNG.

34) **W. H. Damforth.** Intub...
Nothwestern Lancet. VIII. ...

D. **glaubt**, dass es unz... **Tracheotomie** vorzuziehen s...

35) **E. J. Abbott. Intubatio...**
western Lancet. St. Paul, ...

A. **fügt** zu den drei In... **genasen.** Er wendet die In... **droht.**

36) **D. W. E. Shaw.** Fünf... **diphtheritischer** Laryngit... **for diphtheritic** laryngiti...

In allen Fällen be... **nasen völlig.** Früher b...

37) **J. Eichberg.** Intu...
Lancet-Clinic. 31. M...

Bericht zweier ... **und Trank,** während ... **die Trachea** oder die ... **aus diesem** Grund b... **ernährung** empfohlen ... **Flüssigkeiten** und ... **mals so trocken** und ... **Bisweilen** bildet er z... **Kind oft** und beso... **Ausdehnung** an. W... **ringer,** besonders w... **die Furcht** vor dem ... **und dass** der Hust... **die grosse** Unbequ... **und Trinken** gest...

38) **J. F. Baldw...**
Med. Journal. ...

B. fügt d...

39) **W. Cheath...** **case of intub...**

Der Pati... **entfernt** wurd... **Dasselbe** ere... **mirt,** die Ro... **damit der** Ro... **die Röhre** wu...

Milchsäure vorzuziehen sei. Die Behandlung nach Heryng

F. CARDONE.

(Brighton). **Behandlung der Larynxphthise und des Abscesses** **höhle. (Treatment of laryngeal phthisis and abscess of the an-** der Brighton und Sussex Medico-Chirurgical society. *British Med.* *März 1888.*

die Injection von Menthol in 20proc. Lösung in Ol. Olivar. in hshalber bei Larynxphthise. Diese von Rosenberg eingeführte Vortheil, dass sie schmerzlos ist. Gleichzeitig kann dieses rden. —

hlt ferner beim Abscess des Antrums dies durch einen Alveolus zu unmöglich ist, durch die natürliche Oeffnung einzugehen.

A. E. GARROD.

Milchsäure bei Larynxphthise. (Lactic acid in laryngeal *American Journal of Homoeopathy. Mai 1888.*

den Hals mit einer Boraxlösung zu besprühen und eine 25proc. hsäure mit einem Pinsel, Wattebausch oder Spray anzuwenden. Mal die Woche ist die Stärke der Lösung auf 80 pCt. zu bringen. Wirkung der Milchsäure. Von elf Fällen wurde einer ganz ge- hezu und sechs gebessert.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

Kidd (London). **Ueber Tracheotomie bei Kehlkopfschwindsucht. (On** **my in laryngeal phthisis.)** *Lancet. 31. März 1888.*

ser sehr bedeutungsvollen Arbeit bespricht K. die beiden gegenüber- Ansichten der Autoren, von denen die Einen dafür sind, bei tubercu- kung des Larynx nur dann die Tracheotomie zu machen, wenn Athemnoth vorliegt; während die Anderen meinen, dass die Operation vorgenommen werden sollte. Denn sie habe in einigen Fällen eine curative indem sie die Sauerstoffzufuhr zu den Lungen steigert und die reizende des eingeathmeten Staubes beseitigt.

Besonders gedenkt K. der neuerdings von Moritz Schmidt vorgetragenen welcher sich zu Gunsten einer häufigeren Vornahme der Operation aus- spricht.

In dem Brompton Chest Hospital wurde in den letzten vier Jahren die Tracheotomie unter 4000 Phthisikern nur viermal ausgeführt. In keinem dieser hatte die Operation irgendwelchen Nutzen zur Folge, wie dies die von K. mitgetheilten Notizen zu diesen Fällen bezeugen. In dem ersten Fall war Pat. moribund, als die Operation gemacht wurde. In den drei übrigen Fällen operirt, sobald die Nothwendigkeit sich zeigte.

Er glaubt, dass einige der von Schmidt mitgetheilten Fälle leichterer Art die hier erwähnten waren, und dass viel von der ödematösen Schwellung wahr- scheinlich auch ohne Behandlung geschwunden wäre.

Wenn wir sicher sein könnten, dass nur eine leichte Lungenerkrankung neben der schweren Laryngitis vorläge, dann könnten wir verständigerweise

[illegible] von Nutzen sein würde. Aber leider ist es in [illegible] die Stärke der Lungenaffection genau abzu- [illegible] des acuten Emphysems oft die physikalischen [illegible]

[illegible] wenn die Krankheit schnell vorschreitet, [illegible] denn eine solche braucht niemals einzutreten, [illegible] im Larynx geht oft mit ähnlichem [illegible] Theilen, auf welches die Tracheotomie keinen [illegible] Schmerzen beim Schlucken können jetzt [illegible] bekämpft werden.

[illegible] Reizung durch die Canüle; Be- [illegible] die Secrete in und um die Canüle [illegible] andererseits das Sputum in die [illegible] zur Ausbreitung der Lungenkrank- [illegible]

[illegible] die locale Anwendung von Milchsäure und [illegible] dann könnte die Tracheotomie in einigen [illegible] wünschenswerth sein. Da jedoch [illegible] so besteht die Gefahr der Re- [illegible]

[illegible] dass nach diesen Erwägungen Mackenzie und [illegible] folgende Stenose die einzig klare Indication [illegible]

A. E. GARROD.

[illegible] Würzburg. Ein Fall von congenitaler Membran- [illegible] nach Laryngofissur und nachfolgendem Katheteris- [illegible] [illegible] No. [illegible] S. [illegible]. *1888.*

[illegible] Mädchen fand, wird von den [illegible] die Patientin asphyktisch zur Welt kam, nie [illegible] aber ab und zu Stridor gezeigt hatte. [illegible] Membran erscheinende Verwachsung der Stimm- [illegible] sich nach hinten zu einer wirklichen [illegible] Die Laryngofissur wurde gemacht, [illegible] und zwar auch galvanokaustisch nicht [illegible] Die Stimme wurde wieder hergestellt, [illegible] Tag bougirt. Bemerkungen über [illegible] vitam und quoad functionem. Genaue [illegible] der Nachbehandlung

B. FRAENKEL.

[illegible] Erweiterung von Larynxstenosen. (Dilatation of ste- [illegible] [illegible] *of surgery and antiseptics. Vol. I.* [illegible]

[illegible] Besprechung obigen Gegenstandes nebst einer [illegible] schen Methode. Der Artikel enthält [illegible]

LEFFERTS.

53) **C. H. Wise** (Walthamstow). **Ein Fall von erfolgreicher Laryngotomie wegen Larynxstenose. (Case of successful laryngotomy for laryngeal stenosis.)** *Lancet. 17. März 1888.*

Patient, 39 Jahre alt, litt seit einigen Monaten an zunehmender Heiserkeit, die zu vollständiger Aphonie führte. Daneben traten wiederholte Anfälle von Athemnoth auf. Als die Athemnoth ständig wurde, bot Pat. das Aussehen eines an chronischem Asthma Leidenden dar. Die Stimmbänder waren geschwellt und in Adductionsstellung fixirt. An der Vereinigungsstelle des vorderen und mittleren Drittels des linken Stimmbands bestand eine flache Schwellung. Die umgebenden Theile waren sämmtlich verdickt, besonders die aryepiglottischen Falten; an der Innenseite der linken Falte war ein erhabener, weisslicher Fleck von der Grösse einer gespaltenen Bohne. Ein Geschwür war nicht zu sehen. W. diagnosticirte gummöse Syphilis und schlug eine entsprechende Behandlung ein.

Nach einiger Zeit stellte es sich heraus, dass eine Tracheotomie in kurzer Zeit erforderlich sein würde. Eines Morgens wurde W. gerufen und fand den Patienten wegen grosser Athemnoth dem Tode nahe. Es wurde sofort ohne Assistenz die Laryngotomie gemacht, und Pat. kam durch künstliche Respiration wieder zu sich. Die Blutung war reichlich, und während der künstlichen Respiration gelangte auch etwas Blut in die Trachea, was zu weiteren Erscheinungen führte. Die antisyphilitische Behandlung wurde indessen erfolgreich fortgesetzt; der locale Process im Larynx besserte sich allmälig, die Stimmbänder entfernten sich von einander in grösserer Ausdehnung und die gummösen Neubildungen verkleinerten sich. Die Heilung des Larynx machte weitere Fortschritte, und 3 Monate nach der Operation konnte man die Canüle entfernen und die Wunde zuheilen lassen. Die Excursionen der Stimmbänder betrugen zu dieser Zeit etwa $^2/_3$ der Normale.

A. E. GARROD.

54) **F. Massei** (Neapel). **Einige Indicationen zur Bougirung des Larynx. (Sopra alcune indicazioni del cateterismo laringeo.)** *Compte-rendu de l'Ac. Med. Chir. de Naples. 1887.*

M. berichtet einen auf der laryngologischen Klinik der Universität Neapel beobachteten Fall. Es handelte sich um eine Frau, die an multiplen Larynxpapillomen mit schwerer Larynxstenose litt. Der Catheterismus schaffte Erleichterung.

Bei dieser Gelegenheit bespricht der Autor die Indicationen zum Catheterismus laryngis und kommt zu dem Schluss, dass er ein sehr werthvolles Mittel beim fortgesetzten Larynxkrampf sei, dass man jedoch oft die Tracheotomie machen müsse.

F. CARDONE.

55) **O'Dwyer** (New-York). **Die Anwendung der Intubation bei chronischer Stenose des Larynx.** Vortrag, gehalten auf dem internationalen medicin. Congress in Washington. Abdruck in *Wiener med. Blätter. No. 20 u. 21. 1888.* CHIARI.

56) **Landgraf** (Bayreuth). **Ein Fall von Bruch des Kehlkopfes als Folge einer Körperverletzung.** *Friedreich's Blätter für gerichtl. Medicin. XXXIX. 1. 1888.*

Ein 35jähriger Mann erhielt, offenbar im Begriffe aufzustehen, einen Stoss

hoffen, dass die Tracheotomie von Nutzen sein würde. Aber leider ist es in solchen Fällen äusserst schwierig, die Stärke der Lungenaffection genau abzuschätzen, da das Auftreten eines leichten Emphysems oft die physikalischen Zeichen verdeckt.

Es ist nicht rathsam, zu operiren, wenn die Krankheit schnell vorschreitet, ohne dass eine Stenose besteht. Denn eine solche braucht niemals einzutreten, und schnelles Fortschreiten der Krankheit im Larynx geht oft mit ähnlichem schnellen Fortschreiten an anderen Theilen, auf welches die Tracheotomie keinen Einfluss haben kann, Hand in Hand. Schmerzen beim Schlucken können jetzt erfolgreich durch locale Anwendung von Cocain bekämpft werden.

Als Nachtheile der Operation führt er an: Reizung durch die Canüle; Behinderung des Hustens, wodurch einerseits die Secrete in und um die Canüle stagniren und zur Infection der Wunde führen; andererseits das Sputum in die kleineren Bronchien aufgesogen wird und zur Ausbreitung der Lungenkrankheit führt.

Wenn wir sicher wären, dass die locale Anwendung von Milchsäure und anderen Mitteln gute Wirkungen habe, dann könnte die Tracheotomie in einigen Fällen zur Unterstützung der Localbehandlung wünschenswerth sein. Da jedoch die Veränderungen in den Lungen activ bleiben, so besteht die Gefahr der Reinfection.

K. kommt zu dem Schluss, dass nach diesen Erwägungen Mackenzie und Solis Cohen beizupflichten sei, denen zufolge Stenose die einzig klare Indication zur Operation in diesen Fällen sei. A. E. GARROD.

51) **O. Seifert** und **A. Hoffa** (Würzburg). **Ein Fall von congenitaler Membranbildung im Larynx, geheilt durch Laryngofissur und nachfolgendem Katheterismus.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 10. S. 198. 1888.*

Die Membran, die sich bei einem 16jährigen Mädchen fand, wird von den Verff. als angeboren angesehen, weil die Patientin asphyktisch zur Welt kam, nie einen Ton hatte hervorbringen können, wohl aber ab und zu Stridor gezeigt hatte. Vorn war die laryngoscopisch als Membran erscheinende Verwachsung der Stimmbänder einen Finger breit und verjüngte sich nach hinten zu einer wirklichen Membran. Sie bestand nur aus Bindegewebe. Die Laryngofissur wurde gemacht, weil es per vias naturalis nicht gelang, und zwar auch galvanokaustisch nicht gelang, die derbe Verwachsung zu trennen. Die Stimme wurde wieder hergestellt, doch wurde die Patientin noch jeden vierten Tag bougirt. Bemerkungen über die Ungefährlichkeit der Laryngofissur quoad vitam und quoad functionem. Genaue Beschreibung des Verfahrens und der Nachbehandlung B. FRAENKEL.

52) **Leonard A. Dessar. Erweiterung von Larynxstenosen. (Dilatation of stenosis of the larynx.)** *International Journal of surgery and antiseptics [illegible] No. 2. April 1888.*

Eine allgemeine historische Besprechung obigen Gegenstandes [illegible] (illustrirten) Beschreibung der Schroetter'schen Methode. Der [illegible] nichts Neues.

53) **C. H. Wise** (Wa[illegible]. [illegible] **Larynxstenose.** (Case of [illegible]
Lancet. 17. *März* [illegible]

Patient, 39 Jahre [illegible]
die zu vollständiger Aphonie [illegible]
Athemnoth auf. Als [illegible]
an chronischem Asthma Leiden[illegible]
in Adductionsstellung [illegible]
leren Drittels des linken [illegible]
gebenden Theile waren sämmtlich [illegible]
an der Innenseite der linken [illegible]
Grösse einer gespaltenen Bohne. [illegible]
gnosticirte gummöse Syphilis und [illegible]

Nach einiger Zeit stellte [illegible]
Zeit erforderlich sein würde. [illegible] r
Patienten wegen grosser Athemnoth [illegible] 1.
Assistenz die Laryngotomie gemacht [illegible] d
wieder zu sich. Die Blutung war [illegible]
ration gelangte auch etwas Blut [illegible]
führte. Die antisyphilitische Behandlung [illegible] ion-
der locale Process im Larynx besserte sich [illegible]
von einander in grösserer Ausdehnung [illegible] ynx,
nerten sich. Die Heilung des Larynx [illegible] eines
nach der Operation konnte man [illegible] f der
lassen. Die Excursionen der Stimmbänder [illegible] ehlens
Normale. [illegible] sonders
[illegible] die Blu-
[illegible] chten die
[illegible] r den Fall.

CHIARI.

54) **F. Massei** (Neapel). Einige Indicationen [illegible] alcune indicazioni del cateterismo laringeo. [illegible]
de Naples. 1887.

M. berichtet einen auf der [illegible]
beobachteten Fall. Es handelte sich [illegible]
papillomen mit schwerer Laryngostenose [illegible]
leichterung.

Bei dieser Gelegenheit bespricht [illegible]
mus laryngis und kommt zu dem Schluss [illegible]
fortgesetzten Larynxkrampf sei, dass [illegible]
müsse.

[illegible] d **ossificirter** [illegible] n **Abscess im** [illegible] **Perichondritis** [illegible] **Phthise. (Ne-** [illegible] **portions of the** [illegible] **in the anterior** [illegible] **ne tongue and peri-** [illegible] **rrhages; pneumonia;**

55) **O'Dwyer** (New-York). Die [illegible] **nose des Larynx.** Vortrag [illegible]
Washington. Abdruck in [illegible]

56) **Landgraf** (Bayreuth). Ein [illegible]
Körperverletzung. *Friedreich's* [illegible]

Ein 35jähriger Mann [illegible]

[illegible] Mai 1888. Der Titel
[illegible] r. Der Patient war ein
[illegible] i Jahre ehe er in N.'s Be-
[illegible] ionelle Symptome waren den
[illegible] bildete das Hauptleiden. Die
[illegible] methodische Behandlung. Vier-

zehn Monate später entstand eine schmerzhafte Schwellung an der rechten Seite des Kehlkopfes, zwei Wochen darauf erfolgten dreimal copiöse Blutungen aus dem Munde des Pat., dann bildete sich ein Abscess im vorderen rechten Halsdreieck, aus dem die im Titel erwähnten Sequester entleert wurden, und der schlieslich zu einer mit dem äusseren Halse communicirenden Pharynxfistel wurde. Nach der ersten Blutung wurde die Frage der Ligatur der Carotis erwogen, aber ablehnend entschieden. An die Blutungen schloss sich Pneumonie, an diese Phthise, welcher der Pat. erlag. N. war der Ansicht, dass die Blutungen aus der Art. lingualis stammten. (Eine laryngoscopische Untersuchung wurde, wie sich aus der Discussion ergab, niemals angestellt! Ref.) Die Discussion drehte sich ausschliesslich um die Frage, welches die Quelle der Blutung gewesen sei. Dr. Percy Kidd war mehr geneigt, dieselbe in den Lungen als im Halse zu suchen, da ja später Lungentuberculose constatirt worden sei, und der Präsident (Dr. Broadbent) meinte, es handele sich um „Phthisis ab haemoptoë". Mr. Nunn selbst hielt seine Ansicht aufrecht, dass die Art. lingualis vermuthlich die Quelle der Blutung gewesen sei. SEMON.

III. Kritiken und Besprechungen.

Jahresversammlung der British Medical Association in Glasgow.

August 1888.

Section für Laryngologie und Rhinologie[1]).

Präsident: Dr. Felix Semon.

Vice-Präsidenten: Dr. P. M'Bride und Dr. Hunter Mackenzie.

Schriftführer: Dr. David Newman und Dr. Archibald E. Garrod.

Erste Sitzung am 8. August 1888.

Der Präsident hielt eine einleitende Ansprache, in welcher er einen kurzen Rückblick auf die Fortschritte der Laryngologie in England seit der Erfindung des Instrumentes durch Manuel Garcia und die Demonstration seines Nutzens behufs medicinischer Untersuchung durch Czermak während seines Aufenthalts in London gab. Er betonte, wie langsam die Bedeutung der Laryngoscopie von dem Gros der Aerzte erkannt wurde. Da die grossen medicinischen Schulen keine Fürsorge für das Studium der Laryngologie trafen, so kam es naturgemäss zur Bildung von Specialkrankenhäusern. Erst vor wenig mehr als zehn Jahren, als die Fortschritte auf diesem Gebiete so bedeutende wurden, dass man sie nicht mehr ignoriren konnte, fühlten die grossen Krankenhäuser das Bedürfniss, für das Studium der Laryngologie Sorge zu tragen, ein Bestreben, welches durch die

[1]) Ein sehr ausführlicher Bericht über die Verhandlungen der laryngo-rhinologischen Section ist im Brit. Med. Journal vom 15. September 1888 erschienen. Ebenda finden sich die Originalien der meisten der gehaltenen Vorträge. Die Präsidentialrede ist bereits in der Nummer des Journals vom 18. August abgedruckt.



Leistungen der laryngologischen Subsection auf dem Internationalen Congress des Jahres 1881 einen weiteren Impetus erhielt. Der Umstand, dass die Laryngologen selbst, die eine Zeit lang ganz im Studium unbedeutender Details aufgegangen waren, sich im Laufe der letzten 8—10 Jahre mehr dem Studium der wechselseitigen Beziehungen zwischen den Affectionen der oberen Luftwege und constitutionellen Leiden widmeten, trug ebenfalls viel zur Hebung des Ansehens der Specialität bei.

Zur Zeit ist die Laryngologie in Grossbritanien von den Aerzten allgemein anerkannt. Die meisten grösseren hauptstädtischen und provinziellen Krankenhäuser haben Specialabtheilungen für Halskrankheiten eingerichtet, und nicht wenige Fortbildungscurse sind entstanden. Gleichzeitig ist die literarische Thätigkeit der englischen Laryngologen ständig im Wachsen.

Der Präsident bedauerte im weiteren Verlauf seiner Rede, in der Bildung einer britischen laryngologischen Gesellschaft keinen gesunden Fortschritt sehen zu können und belegte diese Ansicht mit verschiedenen Gründen. Die Rede gipfelt in vier Forderungen und zwar in dem Verlangen 1. des obligatorischen Studiums der Laryngologie und Rhinologie, 2. des praktischen Nachweises über den Erwerb genügender laryngologischer Kenntnisse bei der klinischen Schlussprüfung, 3. weiterer Verbesserung der Halsabtheilungen in den, dem Unterricht gewidmeten Krankenhäusern und 4. der Hebung des Interesses für die Laryngologie bei den praktischen Aerzten durch Vorträge in allgemeinen medicinischen Gesellschaften und Mittheilungen in den grossen ärztlichen Zeitschriften.

Eine gesunde Weiterentwicklung unserer Specialität findet Semon bei aller Wahrung ihrer Selbstständigkeit nur in der Pflege inniger Beziehungen zu unserer grossen Mutterwissenschaft und zu verwandten Specialdisciplinen [1]).

Discussion über den Nutzen und den Missbrauch der Localbehandlung in den oberen Luftwegen.

De Havilland Hall (London) eröffnet die Discussion, indem er auf die Gefahren einer zu ausschliesslichen Beschäftigung mit einer begrenzten Specialität hinweist und den Zusammenhang zwischen localen und constitutionellen Affectionen betont.

Als Beispiele für den Werth einer Localbehandlung führt er die Therapie der Adenoiden Vegetationen, der Nasenpolypen und der Hypertrophie der Nasenschleimhaut an.

---

[1]) Folgendes ist der Bericht des „Journal of Laryngology" (September 1888, p. 344) über die Präsidentialrede: „Nachdem der Präsident (Dr. Semon) eine einleitende Rede gehalten hatte, in welcher die gegenwärtige günstige Stellung der Laryngologie in Grossbritannien discutirt, die Nothwendigkeit, Kenntniss von dem Gebrauch des Laryngoscops bei medicinischen Examinationen obligatorisch zu machen, erwähnt, die Bildung der British Laryngological and Rhinological Association verdammt, und der Fortschritt des Specialismus in Hals- und Nasenkrankheiten ungünstig beurtheilt wurde (was unfavourably regarded), leitete Dr. Macintyre (Glasgow) eine Discussion über Nasenstenose ein . . . etc. etc."

Der Discussion, die in Wirklichkeit folgte (s. oben) ist in dem Bericht mit keiner Silbe gedacht.

Eines Commentars bedarf eine solche Berichterstattung nicht. Red.

Er meint, dass Hack, wiewohl er der Medicin einen grossen Dienst leistete, indem er den Zusammenhang zwischen Migräne, Asthma etc. und Nasenkrankheiten betonte, zu enthusiastisch für locale Therapie plaidirt habe, und dass die Nase jetzt Gefahr laufe, zu energisch behandelt zu werden. Er erwähnt der Ozaena als einer Krankheit, bei der die Localbehandlung von grosser Wichtigkeit sei, während man bei Pharynxaffectionen mehr seine Aufmerksamkeit auf die constitutionellen Zustände richten sollte, von welchen diese Leiden oft abhängig sind. Er verwirft den Gebrauch von Adstringentien bei anderen als chronischen Laryngitiden, ebenso endolaryngeale Eingriffe, sobald die Diagnose auf Krebs gestellt ist. Er stellt als Regel auf, dass extralaryngeale Operationen von Larynxtumoren nur dann vorgenommen werden sollten, wenn ein competenter Laryngologe vergeblich die endolaryngeale Exstirpation versucht hat.

Er schliesst mit einigen Bemerkungen über die Localbehandlung von tuberculösen Affectionen des Larynx, indem er Scarificationen missbilligt und die Tracheotomie nur bei Stenose für gerechtfertigt hält. Noch weniger ist er mit dem Vorschlag einverstanden, den Larynx bei primärer Larynxtuberculose zu exstirpiren.

G. Stoker (London), der Correferent, hält die Einführung der Localbehandlung für den Stolz, ihren Missbrauch als einen Vorwurf der Specialität.

Er erläutert dies durch die Beispiele von Insufflation und Cauterisation. Nach seiner Ansicht wird der Nutzen der Insufflationen, wie sie gewöhnlich angewendet werden, überschätzt, und er weist auf die Neigung hin, dieselben anzuwenden ohne vorherige Säuberung mit dem Larynxspray. Sie sind jedoch bei syphilitischer und maligner Erkrankung von Nutzen.

Die Galvanocauterisation ist zwar sehr nützlich bei der Localbehandlung der oberen Luftwege, wird jedoch leicht missbräuchlich angewendet, so bei folliculärer Pharyngitis, wo es zwar wünschenswerth ist, den Follikel zu zerstören, nicht aber die venösen Gefässe des Theils. Als ein anderes Beispiel führt er die Anwendung des Galvanocauters bei Nasenpolypen an, ohne folgende Aetzung der Basis nach Ablösung des Schorfes; ferner die galvanocaustische Zerstörung der Tonsillen, welche seiner Ansicht nach der Tonsillotomie mittelst des Tonsillotoms bedeutend nachsteht. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf die häufige Abhängigkeit der Pharyngitis von allgemeinen Zuständen des Körpers, wie z. B. Plethora, auf die Abhängigkeit der Ozaena von Anämie: Beispiele von Leiden, bei denen eine interne Behandlung wünschenswerther ist, als eine locale. Schliesslich empfiehlt er neben anderen Mitteln gegen diese Missbräuche die Discussion laryngologischer Fragen in Gesellschaften von Specialisten, wie dies sich bei anderen Specialitäten sich als nützlich erwiesen hat.

Der Präsident dankt den beiden Referenten für ihre Vorträge und betont, wie wichtig es sei, eine Kundgebung der Ansicht der Section über diesen Gegenstand zu besitzen, da allgemein die Meinung verbreitet sei, es werde in der Laryngologie zu viel Localbehandlung getrieben.

Dundas Grant (London) stimmt mit den Ansichten der beiden Referenten überein und erwähnt aus einer langjährigen Erfahrung in der allgemeinen Praxis

Fälle, die beweisen, wie wichtig allgemeine krankhafte Zustände für die Entstehung von Nasen- und Halskrankheiten sind.

Scanes Spicer (London) weist auf die Gefahr hin, welche die Gegenwart grosser, vom Septum ausgehender Stacheln hervorruft, da hierdurch aus einem leichten Catarrh eine lang dauernde Stenose entstehen kann; er empfiehlt zu deren Beseitigung den electrischen Trepanbohrer. Er macht ferner darauf aufmerksam, dass zur Behandlung der Hypertrophie der Zungentonsille der Porzellancauter vor dem aus Platin den Vorzug verdiene.

A. Hodgkinson (Manchester) spricht über die praktische Wichtigkeit der Thatsache, dass adenoide Vegetationen bei Kindern die Ursache von Nasenstenose bilden und ist der Ansicht, dass die Bedeutung der Deviationen des Septums oft überschätzt werde. Er meint ferner, dass die Beachtung des Pfortadersystems ein sehr wichtiges Element bei der Behandlung der Pharynxkrankheiten abgebe. Auch hat er unzweifelhaften Nutzen von der Milchsäure bei Lungenphthisis gesehen. Bei gewissen Fällen von Tonsillarhypertrophie empfiehlt er den Galvanocauter.

Mc Kenzie Johnston (Edinburgh) meint, dass das angestrebte Ziel bei der operativen Behandlung der Hypertrophie der Nasenmuscheln oft durch mildere Mittel zu erreichen sei. Er glaubt, dass die Deviation des Septums selten eine Behandlung erheische, und dass bei der granulären Pharyngitis und der Hypertrophie der Follikel an der Zungenbasis die Allgemeinbehandlung zu Gunsten der localen vernachlässigt werde.

Macintyre (Glasgow) kann Hodgkinson's Bemerkungen über das Nasenseptum nicht beipflichten. Er hat Fälle gesehen, bei welchen die Stenose der einen Seite eine Schwellung der Schleimhaut auf der anderen Seite zur Folge hatte, und meint, dass bisweilen eine Schädigung des Mittelohrs der einen Seite eintrete. Er glaubt nach sorgfältiger Anwendung aller Behandlungsmethoden der Larynxphthise, dass man von der palliativen allein etwas erhoffen könne. Es wäre ihm lieb, wenn über die Anwendung des faradischen und constanten Stroms bei Halskrankheiten discutirt würde, da bisweilen Missbrauch damit getrieben wird.

Jacob (Leeds) wünscht ebenfalls die Wichtigkeit der Allgemeinbehandlung zu betonen und Zeugniss für den Missbrauch localer Therapie abzulegen. Er erzählt von einem Falle von Stimmbandlähmung in Folge von Aortenaneurysma, der mit Galvanisation bahandelt worden war.

Nelson betont in Erwiderung auf eine Frage Hodgkinson's, dass man bei verständigem Vorgehen adenoide Vegetationen bereits bei ganz jungen Kindern behandeln könne. Er hat lange das Auskratzen derselben mit nachheriger Application des Porcellancauters geübt, indem er eine geraume Zeit zwischen den einzelnen Applicationen verstreichen liess. Er empfiehlt Zaufal's langen Dilatator zur Behandlung der Nasenpolypen. Auch fand er das Anbringen einer langen Röhre an der Higginson'schen Spritze sehr zweckmässig bei schleimig eitrigem Ausfluss von unterhalb der mittleren Nasenmuschel und höher gelegenen Stellen.

Hall weist schliesslich auf die Wichtigkeit der Behandlung der purulenten Rhinitis hin, wie sie im Verlauf der Exantheme vorkommt. Er meint, dass vom

5.—15. Jahr die beste Zeit zur Entfernung der adenoiden Neubildungen sei, und dass diese Operation stets in der Narcose ausgeführt werden sollte.

Stoker hält dafür, die Operation adenoider Vegetationen so frühzeitig als möglich auszuführen, da die resultirenden Deformitäten dann geringer sein würden. Er fand, dass die Sförmige Krümmung des Septums allein einen Verschluss beider Nasenlöcher erzeuge.

Der Präsident betont, als Resultat der Discussion, die Einstimmigkeit einerseits hinsichtlich der Nothwendigkeit einer Localbehandlung in gewissen Krankheiten, wie andererseits hinsichtlich der Wichtigkeit, deren Nutzen nicht zu überschätzen, sondern sie mit einer Allgemeinbehandlung zu verbinden. Er meint gegenüber den emphatischen Empfehlungen einzelner Mittel bei der Larynxphthise, dass alle localen Mittel einen gewissen Nutzen, jedoch nicht in ähnlichen Fällen stets den gleichen Erfolg hätten. Von einer wirklichen Heilung der Larynxphthise würde man erst dann sprechen können, wenn man das Antidot für den Tuberkelbacillus gefunden haben werde. Die Milchsäure sei seinen Erfahrungen nach bisweilen nützlich, verursache aber öfters trotz vorhergehender und folgender Cocaïnisation länger anhaltende heftige Schmerzen, und bei vorgeschrittenen Fällen werde die vorübergehende Besserung zu theuer durch die in Folge von Schmerzen schlaflosen Nächte erkauft.

Macintyre demonstrirt hierauf einige seltener vorkommende Larynxmuskeln und zeigte einen menschlichen Kehlkopf, bei dem vier hyo-epiglottische Muskeln freigelegt waren; ebenso zeigt er eine Reihe von Kehlköpfen von Säugethieren mit ähnlicher Muskelentwickelung vor. — Die Muskeln waren zwei mediane und zwei laterale. Bei 37 seitdem angefertigten Präparaten fand er sie in keinem Fall so deutlich, als in dem vorgezeigten. Diese Muskeln werden in keinem Lehrbuch erwähnt. Luschka weist auf zwei mediane Muskelbündel hin, wie sie von Morgagni beschrieben wurden; des lateralen Paars aber erwähnt er nicht.

Bei Thieren sind die medianen Muskeln vorhanden und sind auch beschrieben worden. Es ist interessant zu bemerken, dass die Zahl der hier demonstrirten Elevatoren der Epiglottis den in allen Handbüchern beschriebenen Depressoren entspricht. Es stimmt dies mit der Regel überein, dass die Larynxmuskeln in Antagonistengruppen angeordnet sind.

Newman (Glasgow) beschreibt zwei Fälle von vollständiger Larynxstenose nach Selbstmordversuchen, erfolgreich mit Dilatation behandelt.

Da beide Fälle fast identisch sind, genügt die Beschreibung eines derselben.

Die Wunde lag unmittelbar unter dem Ringknorpel und erstreckte sich quer durch die Trachea, sodass der Larynx fast gänzlich von der Luftröhre abgetrennt war. Es wurde eine Canüle einige Monate hindurch getragen; während dieser Zeit wurde der Larynx vollständig undurchgängig. Bei der Aufnahme in die Glasgow Royal Infirmary wurde eine dünne scharfe Sonde nach wiederholten Versuchen vom Mund in den Larynx eingeführt.

Beim Zurückziehen wurden zwei Schnüre aus Seidenligaturen durch Larynx und Mund geführt und die freien Enden aussen zusammengeknüpft.

Am folgenden Tage wurden vier Schnüre substituirt und die Dicke der Seide



wurde von Tag zu Tag so verstärkt, dass der Larynx einen Catheter No. 10 hindurchliess.

Hierauf wurde ein Tupelostift eingeführt und an seinem unteren Ende an der Canüle befestigt. Innerhalb einer Woche war der Larynx genügend erweitert, um das Pharynxglied eines künstlichen Kehlkopfs aufzunehmen, so dass der Patient seinen Beschäftigungen nachgehen, durch den Mund athmen und in einem Flüsterton, beim Einsetzen einer federnden Metallzunge selbst in lauter, monotoner Weise sprechen konnte.

Die Frage bleibt die, ob es jemals möglich sein wird, den künstlichen Kehlkopf wegzunehmen. N. meint, dass dieses Verfahren nur dann zulässig wäre, wenn man sicher sei, dass keine Schrumpfung des Narbengewebes wieder Platz greife.

Zweite Sitzung vom 9. August 1888.

Discussion über die Ursachen, Folgen und Behandlung der Nasenstenose.

Macintyre eröffnet die Discussion, indem er die Wichtigkeit des Studiums der Nasenkrankheiten betont. Er beschränkt seine Bemerkungen auf den einfachen Catarrh der Nasenmuscheln, seine Folgen, seine Behandlung und seine zahlreichen Symptome wie Husten, Asthma, Migräne, Taubheit und andere nicht so leicht zu erklärende Folgen. Hierauf wird die Pathologie dieses Processes besprochen. Er hält eine prophylaktische Behandlung für das Wichtigste, besonders bei Kindern, und muss dieselbe sowohl intern als local sein. Er spricht ferner über den Gebrauch des Galvanocauters bei Nasenaffectionen und zeigt hierfür passende Insrumente vor.

Creswell Baber (Brighton) theilt in seinem einleitenden Vortrage die Ursachen der Nasenstenose in solche ein, welche die eigentliche Nasenhöhle betreffen (intranasale) und solche, welche im Nasenrachenraum gelegen sind. Die intranasalen Ursachen werden wie folgt eingetheilt: 1. Veränderungen der Nasenmuscheln. 2. Veränderungen des Septums. 3. Veränderungen der Innen- und Aussenwand der Nasenhöhle. 4. Neubildungen. 5. Fremdkörper oder Nasensteine.

Unter den Hauptursachen der Verengerung des Nasenrachenraums werden angeführt: adenoide Vegetationen, Schleim und fibröse Polypen, Enchondrom und Verwachsung zwischen dem Velum und der hinteren Pharynxwand.

Hierauf werden die Wirkungen der Stenose auf die Physiognomie, Stimme, Gehör und Geruch besprochen, ebenso der angenommene Einfluss derselben auf das Entstehen von Missbildungen der Nasenhöhle, des Gaumens und Thorax, auf Bauchhernie etc. B. glaubt nicht, dass die sogenannten Reflexerscheinungen auf dem mechanischen Effect der Nasenstenose beruhen und bemerkt, wie selten man in der Praxis Taubheit selbst bei ausgesprochenen Fällen von intranasaler Stenose findet.

Bei Besprechung der Behandlung der verschiedenen stenotischen Zustände empfiehlt er gegen einfache Schwellung der Nasenmuscheln Cocaïn, Alkoholspray und wenn nöthig, Hack's Electroden. Verursachen Stacheln am knöchernen

Rice (New-York) betrachtet als Indicationen für die Operation die Behinderung der Athmung und die Berührung solcher Theile, welche von einander entfernt sein sollten. Er spricht von dem Verschluss, der durch Erweiterung der Gefässe der Muscheln bedingt ist, und der sich gewöhnlich beim Liegen steigert. Lineare Incision mit dem galvanocaustischen Spitzenbrenner obliterirt die erweiterten Gefässe, und das sich entwickelnde Narbengewebe verhindert neue Schwellung. Er zieht die Säge dem Drillbohrer zur Entfernung von Auswüchsen des Septums vor; ebenso die kalte der heissen Schlinge zur Entfernung von Polypen.

Hunt (Liverpool) zieht gleichfalls die kalte Schlinge vor und erweitert ihre Anwendung, indem er auch die hypertrophischen Enden der Muscheln damit abträgt. Er hält die Chromsäure für ein werthvolles Aetzmittel in der Nase.

Hodgkinson spricht ebenfalls zu Gunsten der kalten Schlinge bei Polypen, aber für den Galvanocauter zur Beseitigung der hypertrophischen Enden der Nasenmuscheln.

Newman glaubt, dass Operationen am Septum oft unnöthigerweise ausgeführt werden. Bei der Hypertrophie der Nasenmuscheln zieht er, wenn mildere Behandlung fehlschlägt, dem Galvanocauter den Thermocauter in Weissglühhitze vor. Es geschieht dies unter Cocaïn, der Thermocauter ist bis zur Spitze mit einer schützenden Decke überzogen. Bei den Polypen zieht er die kalte Schlinge vor, die er als ein reissendes, nicht als ein schneidendes Instrument anwendet. Fibröse Polypen sollen mit einem Schraubenecraseur in der Narcose langsam entfernt werden.

Hunter (Linlithgow) hält es für wichtig, die Einflüsse der Körperstellung, der Simulation etc. auf die Stenose zu beobachten. Er meint, dass die Art der Schlinge — ob heiss ob kalt — bei den Polypen wenig von Belang ist, wenn nur der Stumpf cauterisirt wird. Er missbilligt auch das starke Einspritzen in die Nase, da man dadurch Flüssigkeit in die Tuba Eustachii eintreiben kann.

Macintyre erwidert darauf, er habe gefunden, dass die Patienten die heisse Schlinge bei Entfernung der Polypen vorzögen. Er wendet indessen beide bei Gelegenheit an.

Dundas Grant zieht die galvanocaustische Schlinge vor, giebt jedoch zu, dass deren Anlegung nicht immer möglich ist. Er hält eine gewöhnliche Glasspritze für die beste Form der Nasendouche.

Der Präsident betont gegenüber der Lebhaftigkeit, mit der manche Fachgenossen die heisse, Andere die kalte Schlinge empfehlen, dass die Vorliebe für das eine oder andere Instrument gewöhnlich damit zusammenhängt, dass Jeder das ihm vertrautere vorzieht. Er meint, dass die sogenannten Recidive der Polypen öfters nur eine Weiterentwickelung von bereits zur Zeit der Operation existirenden, aber durch grössere Nachbarn in der Ausbildung zurückgehaltenen Polypen seien. Er stimmt mit Stoker in der Forderung überein, dass die Patienten sich periodisch zur Untersuchung vorstellen; es sei unmöglich, eine Immunität gegen Recidive zu versprechen, welcher Methode man sich auch bedienen möge.

Macintyre demonstrirt einen Apparat zur Anwendung der Elektri-

cität bei Halskrankheiten, indem er einen Tisch vorzeigt, der zum Theil mit secundären, zum Theil mit Bichromatzellen ausgerüstet ist und die Instrumente für die elektrische Behandlung der Halskrankheiten enthält. Zunächst bespricht er den Gebrauch der Elektricität zu Beleuchtungszwecken, dann zur Erhitzung von Metallen, wie Platin, zur Cauterisation und endlich die Anwendung des constanten und Inductionsstromes bei Nerven- und Muskelaffectionen. Zum Schluss spricht er die Ansicht aus, dass die zu diesen Zwecken verwandten Zellenbatterien jeder Art durch Motoren, Dynamos etc. verdrängt werden würden.

Greville Macdonald (London) verlas eine Abhandlung über die Pathologie der Ecchondrosen der Cartilago triangularis mit einer neuen Operation. Er betont, dass das gewöhnliche Zusammentreffen von Verbiegung des knorpeligen Septums mit Ecchondrosen auf eine gemeinsame Ursache hinweist. Dieser Zustand entwickelt sich häufig zur Zeit der Pubertät. Die Stenose ist bisweilen durch Trauma bedingt, worauf das häufigere Vorkommen derselben bei Männern hindeutet. In solchen Fällen können wir nur eine Fractur des Knorpels annehmen; die Callusbildung entspricht im Allgemeinen dem Verbiegungswinkel, und da der Callus und das organisirte Blutgerinnsel allmälig von dem Gebilde, welches er stützt, nicht zu unterscheiden ist, so haben wir eine Erklärung für den in Rede stehenden Zustand. In anderen Fällen mag der Zustand durch Fortpflanzung einer chronischen Rhinitis in das tiefere Gewebe bedingt sein.

Die neu empfohlene, hier folgende Operation gab befriedigendere Resultate, als die von Bosworth, welche ein nicht secernirendes Narbengewebe an Stelle der normalen Schleimhaut setzt.

Es wird ein linearer Schnitt bis zum Knorpel von hinten nach vorn geführt und das Perichondrium mit einem Raspatorium abgelöst; der prominirende Knorpel wird mit einem Meissel oder einer Säge entfernt. Dann fallen die Lappen zusammen und die Höhle wird 24 Stunden lang mit Jodoformwatte tamponirt. Gewöhnlich tritt Heilung per primam ein.

Scanes Spicer macht einige Bemerkungen zu der Arbeit, auf welche Macdonald erwidert.

M'Bride verlas einen Essay über Heufieber und verwandte Zustände. Er lenkt zuerst die Aufmerksamkeit darauf, wie wichtig es sei, die erectile Natur der Nasenschleimhaut an verschiedenen Stellen sich in's Gedächtniss zu rufen, und unterscheidet zwischen den Symptomen der einfachen Schwellung und denen der Schwellung, die von Exsudation gefolgt ist. Letztere zerfallen in Fälle von einfacher Coryza und solche, bei denen zugleich Asthma vorhanden ist. Er beschreibt zuerst die einfach erectilen Fälle, welche sehr häufig bei jungen Männern, die geistig viel thätig oder nervösen Temperaments sind, und bei jungen neurasthenischen Frauen vorkommen.

In den Fällen mit Symptomen von Coryza sind Pollen oder andere Reize die gewöhnliche Ursache. Diese Reize sind so zahlreich, dass vasomotorische Coryza ein besserer Name zu sein scheint, als Heufieber. Der wirkliche Grund, weshalb eine Person afficirt und eine andere verschont wird, mag wohl in einer allgemeinen nervösen Disposition liegen. Mc Bride meint, dass es viele Beweise für die Abhängigkeit des Asthmas von Nasenerkrankung gäbe. Die Energie der



Roe (New-York) betrachtet als Indicationen für die Operation die Behinderung der Athmung und die Berührung solcher Theile, welche von einander entfernt sein sollten. Er spricht von dem Verschluss, der durch Erweiterung der Gefässe der Muscheln bedingt ist, und der sich gewöhnlich beim Liegen steigert. Lineare Incision mit dem galvanocaustischen Spitzenbrenner obliterirt die erweiterten Gefässe, und das sich entwickelnde Narbengewebe verhindert neue Schwellung. Er zieht die Säge dem Drillbohrer zur Entfernung von Auswüchsen des Septums vor; ebenso die kalte der heissen Schlinge zur Entfernung von Polypen.

Hunt (Liverpool) zieht gleichfalls die kalte Schlinge vor und erweitert ihre Anwendung, indem er auch die hypertrophischen Enden der Muscheln damit abträgt. Er hält die Chromsäure für ein werthvolles Aetzmittel in der Nase.

Hodgkinson spricht ebenfalls zu Gunsten der kalten Schlinge bei Polypen, aber für den Galvanocauter zur Beseitigung der hypertrophischen Enden der Nasenmuscheln.

Newman glaubt, dass Operationen am Septum oft unnöthigerweise ausgeführt werden. Bei der Hypertrophie der Nasenmuscheln zieht er, wenn mildere Behandlung fehlschlägt, dem Galvanocauter den Thermocauter in Weissglühhitze vor. Es geschieht dies unter Cocaïn, der Thermocauter ist bis zur Spitze mit einer schützenden Decke überzogen. Bei den Polypen zieht er die kalte Schlinge vor, die er als ein reissendes, nicht als ein schneidendes Instrument anwendet. Fibröse Polypen sollen mit einem Schraubenecraseur in der Narcose langsam entfernt werden.

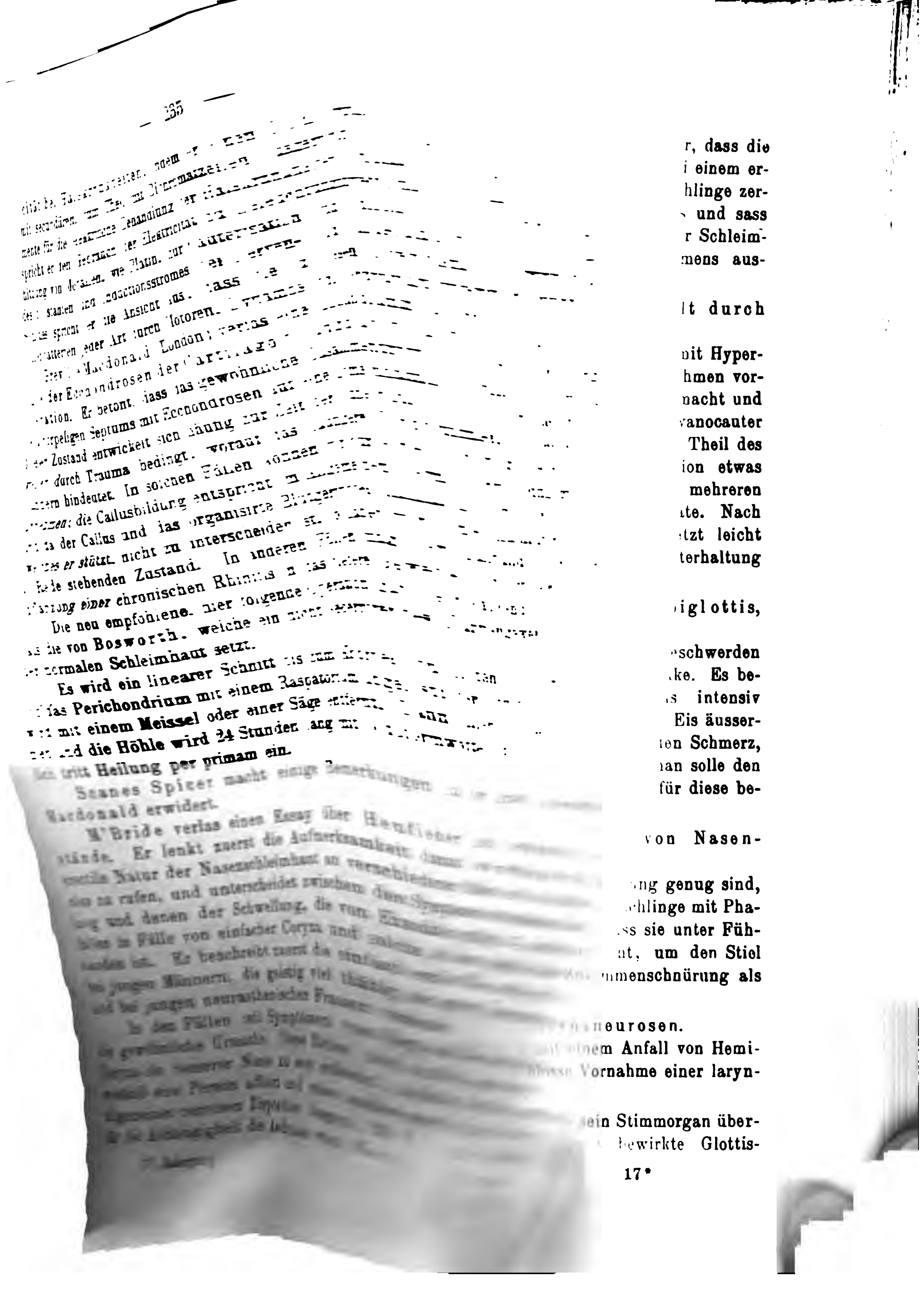
Hunter (Linlithgow) hält es für wichtig, die Einflüsse der Körperstellung, der Stimulantien etc. auf die Stenose zu beobachten. Er meint, dass die Art der Schlinge — ob heiss ob kalt — bei den Polypen wenig von Belang ist, wenn nur der Stumpf cauterisirt wird. Er missbilligt auch das starke Einspritzen in die Nase, da man dadurch Flüssigkeit in die Tuba Eustachii eintreiben kann.

Macintyre erwidert darauf, er habe gefunden, dass die Patienten die heisse Schlinge bei Entfernung der Polypen vorzögen. Er wendet indessen beide bei Gelegenheit an.

Dundas Grant zieht die galvanocaustische Schlinge vor, giebt jedoch [illegible] dass deren Anlegung nicht immer möglich ist. Er hält eine gewöhnliche [illegible] spritze für die beste Form der Nasendouche.

Der Präsident betont gegenüber der Lebhaftigkeit, mit der manche [illegible] genossen die heisse, Andere die kalte Schlinge empfehlen, dass die [illegible] das eine oder andere Instrument gewöhnlich damit zusammenhängt, [illegible] das ihm vertrauteste vorzieht. Er meint, dass die sogenannten [illegible] lypen öfters nur eine Entwickelung von bereits zur Zeit der [illegible] den, aber durch grössere Nachbarn in der Ausbildung zurück[illegible] sei. Er stimmt mit Stoker in der Forderung überein, [illegible] periodisch zur Untersuchung vorstellen; es sei unmöglich, [illegible] Recidive zu versprechen, welcher Methode man sich auch [illegible]

Macintyre demonstrirt einen [illegible]



r, dass die
i einem er-
hlinge zer-
, und sass
r Schleim-
mens aus-

lt durch

nit Hyper-
hmen vor-
nacht und
vanocauter
Theil des
ion etwas
mehreren
ite. Nach
tzt leicht
terhaltung

iglottis,

schwerden
ke. Es be-
s intensiv
Eis äusser-
ten Schmerz,
an solle den
für diese be-

von Nasen-

ng genug sind,
chlinge mit Pha-
ss sie unter Füh-
nt, um den Stiel
mmenschnürung als

neurosen.
einem Anfall von Hemi-
Vornahme einer laryn-

sein Stimmorgan über-
bewirkte Glottis-

Behandlung einer einfachen erectilen Schwellung soll im richtigen Verhältnisse stehen zu der durch sie verursachten Störung und man sollte versuchen, sie durch eine interne Behandlung zu heben. Cocaïn ist als locales Mittel oft sehr zweckmässig: auch der Galvanocauter kann erforderlich sein.

Zur Besprechung des Heufiebers übergehend, meint Mc Br., es sei wichtig zu wissen, was eine normale Nase sei, und behauptet, dass viele Zustände der Nase für pathologische angesehen werden, die bei einer Anzahl von gesunden Menschen vorkommen, ohne irgend welche Symptome zu machen. Er drückt seine Ansicht dahin aus, dass in den meisten Fällen von Heufieber krankhafte Zustände und übermässige Sensibilität zugleich vorhanden sind, und dass eine tonische Behandlung oft sehr nützlich sei.

Die Anwendung von Causticis sollte stets mehr als ein Experiment als eine sicher Erfolg bringende Methode angesehen werden. Die individuellen Fälle unterscheiden sich so sehr untereinander, dass jeder besonders studirt werden muss. —

An der Discussion nahmen Roe und Creswell Baber Theil. Letzterer sieht das Heufieber als einfache Neurose der Nasenschleimhaut an, welche von gewissen Reflexsymptomen begleitet sei.

In einigen Fällen von Neurose sah er gute Erfolge von einem Spray mit Spirit. rectific. und Wasser; Cocaïnpinselungen und Zinc. valerian. innerlich, waren gleichfalls von Nutzen. Er fragte Mc Bride, ob er Gelenkschwellungen in Folge von Nasenkrankheiten gesehen habe. McBride erwiderte, dass er Roe nicht darin beipflichten könne, dass Nasenreiz Neurasthenie verursache. Er hat niemals eine Arthritis nasalen Ursprungs gesehen.

Es folgt eine Reihe casuistischer Vorträge.

Mc Kenzie Johnston (Edinburgh). Ein Fall von Tumor des Nasenrachenraumes.

Der Fall betraf einen 13jährigen Knaben, welcher einen harten, glatten, ovalen, ungestielten, wallnussgrossen Tumor in den Choanen hatte. Das Gehör war sehr geschwächt durch Einziehung der Trommelfelle.

Da ein Versuch, den Tumor mit dem Ecraseur abzutragen, fehlschlug, so wurde er in der Narcose stückweise mit einer schneidenden Zange in zwei Operationen entfernt. Die entfernten Stücke füllten eine 60 Cctm. haltende Flasche mehr als zur Hälfte. Nach jeder Operation wurde einige Tage lang eine schwache Borsäuredouche angewendet. Ein Jahr darauf war kein Recidiv zu sehen. Der Tumor war ein Adenom, das mit Cylinderepithel bekleidet war und kleine Schleimzellen enthielt.

Warden (Birmingham). Ein Fall von fibromucösem Polyp des Nasenrachenraumes.

Patient, ein 12jähriger Knabe, hatte Schleimpolypen in beiden Nasenlöchern, und eine kleine, festere Neubildung hing vom Dach des weichen Gaumens herab. Er hatte seit einem Anfall von Scharlach Schmerzen im Hals. Die Schleimpolypen wurden exstirpirt. Beim Versuch, den fibrösen Tumor mit dem Electrocauter zu entfernen, riss die Schlinge, und man nahm zu einer gekrümmten stumpfen Scheere seine Zuflucht. Ein Jahr darauf recidivirten sowohl

die Schleimpolypen, als [illegible]
Schleimpolypen von den [illegible]
neuten Versuch, dieses mit [illegible]
riss, so griff man wiederum zu [illegible]
mit breiter Basis auf; an [illegible]
polyp. Er war, wie früher [illegible]
gegangen.

Greville Macdonald [illegible]
Abtragung eines Stimm[illegible]

Es handelte sich um [illegible]
trophie beider Stimmbänder [illegible]
handen war. Wegen schwerer [illegible]
später etwa das hintere [illegible]
in acht oder neun Sitzungen [illegible]
Stimmbandes, welches durch [illegible]
erweicht [? Red.] war, mit einer [illegible]
Sitzungen abgetragen. Die Beha[illegible]
dieser Zeit wurde die Canu[illegible]
athmen, und seine Stimme war zw[illegible]
laut genug.

Middlemass Hunt [illegible]
eine Nomenclaturfrage [illegible] [illegible]

Der Fall betraf einen [illegible] [illegible]
[illegible]t und das Gefühl hatte [illegible] [illegible]t.
stand zugleich Fieber [illegible] [illegible]en
geschwollen, verdickt und [illegible] [illegible]ei,
[illegible]h. Benzoëinhalationen u[illegible] [illegible] lä-
und in 4 Tagen hatte er [illegible] [illegible]rak-
[illegible] in Vergessenheit gerathen [illegible] [illegible]alt-
stimmte klinische Varietät [illegible]

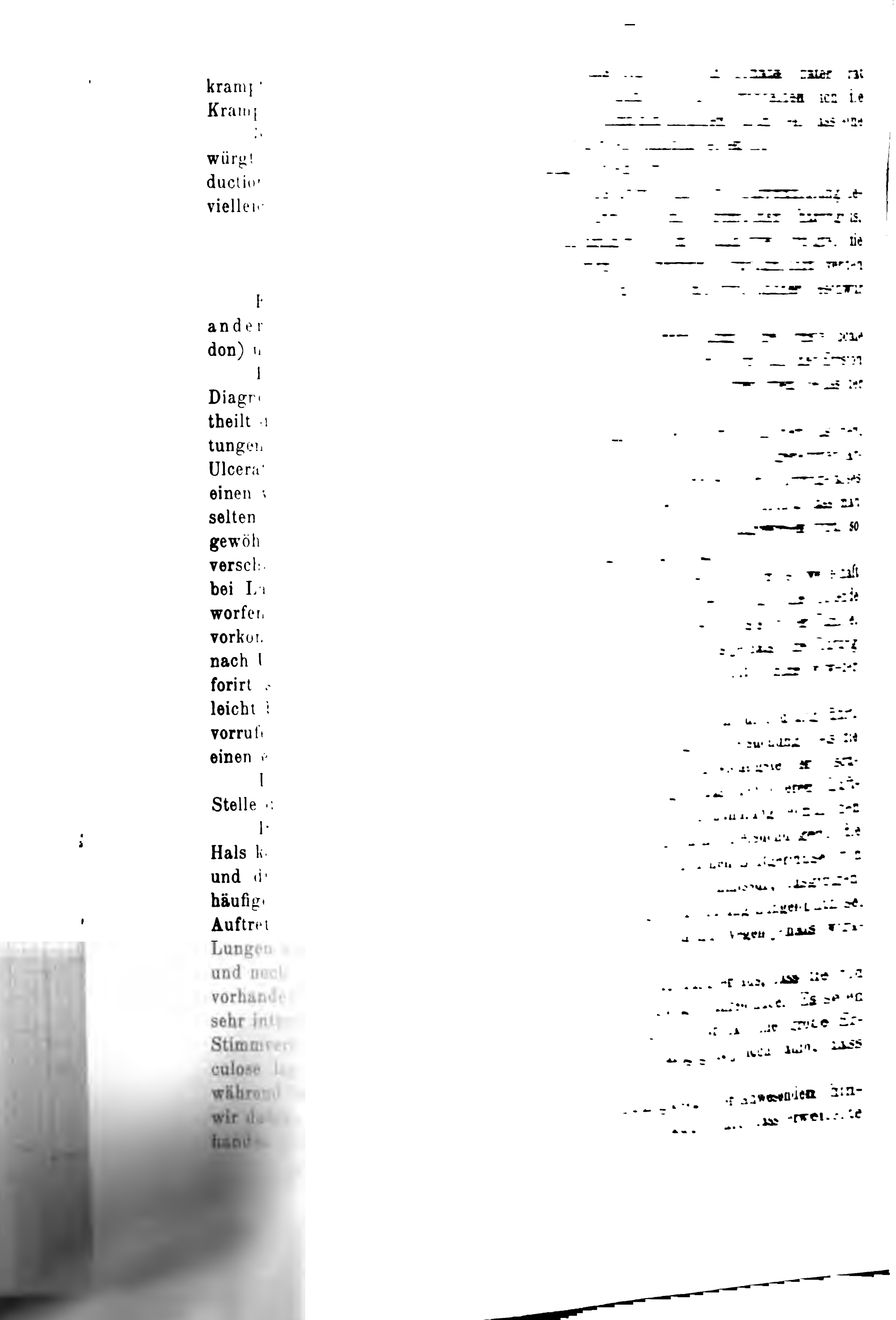
Christopher Lew[illegible] [illegible]sames
[illegible]chenpolypen. [illegible]nbasis

In dieser Arbeit empfiehlt [illegible] [illegible]en und
[illegible] hinter der Uvula zu erreichen [illegible]
[illegible]krümmung abzutragen [illegible] [illegible]asis für
[illegible] eines Fingers, welcher [illegible] [illegible] Pharynx
herumgeführt wird. Die [illegible]
durch Durchschneidung des Stie[illegible] [illegible]len Larynx

Jacob (Leeds). Einige [illegible] [illegible]der Zungen-
J. theilt den Fall eines [illegible] [illegible] gelegentlich
[illegible] im Falsett sprach, und [illegible] [illegible]e seitens der
[illegible]skopischen Untersuchung [illegible] [illegible] Trachea sein

2) Ein Mann [illegible] [illegible]m eine profuse
[illegible] an und wurde [illegible]





kramp
Kramp

würg
ductio
viellei

ander
don)

Diagn
theilt
tungen
Ulcera
einen
selten
gewöh
versch
bei L
worfen
vorkon
nach
forirt
leicht
vorruf
einen

Stelle

Hals
und
häufig
Auftret
Lungen
und noch
vorhand
sehr int
Stimmve
culose
während
wir da
hand

Venen an der Zungenbasis irgend welche Folgen hätten. Er sei betroffen über die relativ seltene Blutung bei tuberculöser Ulceration des Larynx.

Der Präsident resümirt die Discussion, indem er betont, dass alle Anwesenden klar die Meinung ausgesprochen hätten, dass Blutungen aus einem vorher gesunden Larynx und Pharynx äusserst selten seien, viel seltener, als die Aerzte allgemein glauben; dass es ferner in einem Fall obscurer, nicht allzu geringfügiger Blutung aus den oberen Luftwegen wahrscheinlich sei, dass die Blutung auf Lungentuberculose beruhe, selbst wenn physicaliche Zeichen hierfür fehlten. Doch dürfe die Möglichkeit, dass das Blut aus der Nase etc. stamme, nicht ausser Augen gelassen werden.

Scanes Spicer berichtet einen Fall von Lupus des oberen Respirationsapparats mit kleinen (lupoïden) Tumoren des Larynx.

Patientin war ein 18jähriges Mädchen, das in S.'s Behandlung wegen Nasenstenose kam. Sie hatte seit 8 Jahren an Lupus gelitten. Die Untersuchung ergab völliges Fehlen der Seitenwandknorpel der Nase und des Septum. Durch Zusammenfallen der Weichtheile war es zu vollständiger Stenose gekommen. Es wurden ferner zwei symmetrische Tumoren an den Taschenbändern gefunden, dicht an deren vorderer Anheftungsstelle, von der Gestalt einer Indianerkeule und dem Aussehen und der Farbe der normalen Schleimhaut. Die Nasenstenose wurde beseitigt durch Einlegen von sorgfältig gereinigten, mit Lint bekleideten und mit Jodoformsalbe bestrichenen Federkielen in die Nase.

Kidd vergleicht die beschriebenen Tumoren mit tuberculösen Tumoren des Larynx.

Der Präsident frägt, welche Behandlung für die Larynxtumoren in Aussicht genommen wäre?

Spicer erwidert, dass, da keine Symptome vorhanden waren, die Behandlung der Larynxtumoren unnöthig erschien.

Scanes Spicer verliest eine Arbeit über die Schlund-, Rachen- und Zungentonsille im Licht der neueren Ansichten über ihre Functionen.

Er verweist zuerst auf die Ansichten von Hingston Fox, dass die Schlundtonsillen wesentlich Organe für die Absorption der Mundsecrete und Bildung von Leucocyten seien und meint, dass die Pharynx- und Zungentonsille eine ähnliche Function hätten rücksichtlich der Aufnahme der Nasen- und Thränensecretion. Er glaubt, dass die Beziehung der Tonsillen zu dem Organismus im Allgemeinen am besten charakterisirt würde, indem man sie als Rieselfelder bezeichne.

Er bespricht diese Frage ausführlich, indem er behauptet, dass das Scharlach- und Diphtheriegift durch die Tonsillen in den Organismus eintritt, und dass die pathologischen Processe der Schlundtonsille fast ganz von den abnormen Zuständen der ihnen zugeführten Secrete abhängig sind.

Die Behandlung der Krankheiten der Tonsillen besteht, mit Rücksicht auf diese Anschauung, in Entfernung der excessiven und reizenden Secrete, welche mit ihnen in Berührung kommen: eine Behandlungsmethode, die sehr befriedigende Resultate liefert.

Christopher Lewis bespricht in einer Arbeit über Tonsillitis und

Blut … empfiehlt: 2) die
wiede… zwischen Rheu-
phys… Disposition
einfa… von der Nei-
…
…

schre…
bei w…
auf e…
konnte…
der h… …ten.
…, wenn
Erkra… kann man
am P… Substanzen
linker…

für se… beantwortete
terien … Hoffnung.
währe… der
eine H… übrigen
behand… Heilung.
W…
war, …
Stelle …
M…
aus ei…
aus der
N…
Soweit …
Ursache …
tirten … Aerzte
wegen …
Fällen … Umstand
Meinun… Falles
Gefässe… bereits
In einer…
Er wirk… die
lich Ph… anderseits
K… Angelegen-
ihm au…
zwar ve… solcher
krankun… Gründen
solche … Schritt
H…
sichtli…

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang V. Berlin, December. 1888. No. 6.

Die Krankheit Kaiser Friedrich III. und die Laryngologie.

„Die Krankheit des Kronprinzen greift vom wissenschaftlichen und ethischen Standpunkte aus so tief in die wichtigsten Lebensinteressen der Laryngologie ein, dass ein Journal vom Charakter des Centralblatts sich der wenig erfreulichen Pflicht nicht wird entziehen können, eines Tages näher auf ihn einzugehen. Noch aber scheint uns der hierzu geeignete Augenblick nicht gekommen. Abgesehen davon, dass die Erregung der Gemüther in diesem Augenblick noch eine zu grosse ist, um eine leidenschaftslose Beurtheilung und Würdigung der in Frage kommenden Umstände zu gestatten, fehlt uns vor allen Dingen noch ein grosser Theil des aktenmässigen Materials, welches allein uns ermöglichen kann, zur vollständigen Klarheit durchzudringen. Bis uns dieses Material zu Gebote steht, werden wir uns, wie bisher, vollständigen Schweigens über den Fall selbst befleissigen."

So hiess es in der Notiz, in welcher vor genau einem Jahre (December 1887) das Centralblatt zum ersten Male des traurigen Falles des damaligen Deutschen Kronprinzen gedachte, und die in derselben ausgesprochenen Grundsätze sind gewissenhaft befolgt worden. In der Augustnummer dieses Jahres wurden nach dem Erscheinen des deutschen Berichtes die allgemeinen Ergebnisse desselben kurz zusammengestellt, die Anklagen der deutschen Aerzte gegen Sir Morell Mackenzie scharf präcisirt und allgemein wichtige Fragen, die sich aus dem Falle ergaben, discutirt. Ein näheres Eingehen auf denselben selbst aber wurde streng vermieden, da es „die Gerechtigkeit gebot, mit dem Urtheil zurückzuhalten", bis Sir Morell's Antwort auf die gegen ihn erhobenen Anklagen erschienen sein würde.

Nunmehr ist diese Antwort erfolgt und jetzt wird es unsere wenig erfreuliche Pflicht, Stellung zu nehmen.

Unerfreulich ist diese Pflicht nach jeder Richtung hin. In einer die wichtigsten Interessen der Laryngologie betreffenden, an sich unendlich traurigen Angelegenheit stehen sich zwei Darstellungen unversöhnlich gegenüber. Der Streit vollzieht sich zwischen Männern, deren Namen Weltruf haben. Bei der




Natur der gegenseitig erhobenen Anklagen schliesst jede Billigung des Vorgehens der einen Seite eine mehr oder minder directe Verdammung des Verhaltens der anderen ein. In nur zu vielen Punkten kämpft Glaubwürdigkeit gegen Glaubwürdigkeit, ohne dass dem Beurtheiler thatsächliche Anhaltspunkte zur Seite stehen.

Nicht leichten Herzens wird daher wohl irgend jemand das Wort in einer solchen Angelegenheit ergreifen. Das Schweigen der berufensten Fachgenossen bezeugt dies beredt genug.

Das Centralblatt aber darf sich der unliebsamen Aufgabe nicht entziehen. Von seiner Gründung an hat es sich die Aufgabe gestellt und treu durchzuführen versucht, alle in sein Gebiet einschlagenden Tages- und Standesfragen angemessen zu beleuchten. Vor dieser Aufgabe darf es auch in diesem Falle nicht zurückscheuen, so doppelt unerfreulich auch aus offen daliegenden Gründen die Pflicht speciell für seinen Herausgeber ist. Es erschien demselben aber nicht statthaft, den bequemen Ausweg der Abwälzung der Pflicht des Redacteurs auf andere Schultern zu wählen. Derjenige, der diese Zeitschrift gegründet und durch Jahre verantwortlich geleitet hat, durfte seiner Empfindung nach nicht in dem Augenblicke, wo die Feuerprobe auf die Aechtheit der von ihm vertretenen Grundsätze gestellt wird, aus rein persönlichen Gründen zurücktreten.

Ehe wir den Fall des Hochseligen Kaisers selbst analysiren, ist es zur Klärung der Situation erforderlich, auf die Entstehungsgeschichte und die Form der beiden sich gegenüberstehenden Berichte über seine Krankheit näher einzugehen.

Soweit nämlich die Ansichten der politischen und medicinischen Presse aller Länder über Recht und Unrecht in dem Falle differiren, so findet sich in fast allen Uebereinstimmung in einem Punkte: dem Bedauern, dass über dem kaum geschlossenen Grabe des hohen Verblichenen ein nach Inhalt und Form gleich unerfreulicher, peinlicher Streit zwischen seinen Aerzten geführt worden ist.

Dies Bedauern ist gewiss nach jeder Richtung hin natürlich und gerechtfertigt.

Ganz anders aber steht es mit der Frage, ob dieser traurige Streit überhaupt zu vermeiden war?

Wir kommen hier sofort zu einem Punkte, über den wir unsere Meinung ganz rückhaltlos aussprechen müssen.

Wenn nämlich bei Lebzeiten des hochseligen Kaisers die Differenzen zwischen seinen Aerzten in der Weise ausgetragen, oder zum wenigsten geheim gehalten worden wären, wie dies bis zu diesem unglückseligen Falle unter den Aerzten aller civilisirten Nationen gebräuchlich gewesen ist, so würde sich auch nach seinem Hinscheiden keine Veranlassung geboten haben, das grosse Publikum in einer wissenschaftlichen Frage zum Richter zu machen. Die differirenden Ansichten hatten entweder in den Archiven des königl. Preussischen Hausministeriums begraben bleiben können, bis eine von den medicinischen, politischen und nationalen Parteileidenschaften des gegenwärtigen Augenblicks freie, spätere Generation ein sachliches Urtheil über das medicinische Vorgehen in diesem Falle abgegeben hatte, oder der Streit hatte zum wenigsten in objectiver Form in medicinischen Zeitschriften zum Austrag gebracht werden können.

Wie liegen nun aber die thatsächlichen Verhältnisse diesen Reflexionen gegenüber?

Es ist eine unanfechtbare Thatsache, dass bis zur Berufung Sir Morell Mackenzie's der deutsche Kronprinz sich der Oeffentlichkeit gegenüber genau derselben privilegirten Stellung erfreut hat, wie jeder Privatmann im gleichen Falle! Seine Aerzte waren zu der Ueberzeugung gekommen, dass er am Kehlkopfkrebs litte, eine grössere Operation sollte am nächsten Tage vorgenommen werden, die Situation war so ernst als möglich: man zeige uns aber ein einziges deutsches oder englisches, politisches oder medicinisches Blatt, das über alle diese Dinge etwas gewusst, resp. die geringste Andeutung gegeben hätte! — Im Publikum war nur bekannt, dass der Kronprinz heiser und in Ems zur Kur gewesen war; die geheimnissvollen Andeutungen einiger französischen Blätter, die bald von Zungen-, bald von Kehlkopfkrebs sprachen, wurden von Niemandem geglaubt.

Von dem Moment, in welchem Sir Morell Mackenzie in die Reihe der behandelnden Aerzte eintrat, war Alles verändert! Am 20. Mai 1887 nahm er zum ersten Male an einer Consultation theil; am 24. und 25. brachte der Londoner „Daily Telegraph" lange Berliner Berichte, in denen einerseits das Leiden des Kronprinzen öffentlicher Discussion preisgegeben wurde, andererseits die Aerzte, die bis dahin die Behandlung geleitet, in unzweideutigster Weise einer falschen Diagnose und auf dieselbe gegründeter, nicht nur gefährlicher, sondern auch unberechtigter therapeutischer Pläne bezichtigt wurden. Damit war das Signal für die Tagespresse aller Länder gegeben, und es erfolgte ein allgemeiner Angriff auf die ursprünglichen ärztlichen Rathgeber des Kronprinzen, der an Heftigkeit constant zunehmend, mit geringen Unterbrechungen bis über den Tod des hohen Patienten fortwüthete. Die ersten Vertreter deutscher medicinischer Wissenschaft wurden in einer bis dahin unerhörten Weise unglaublicher Unwissenheit, unglaublichen Mangels an technischer Geschicklichkeit, unglaublichen Defekts moralischer Gesinnung beschuldigt. Nationale uud persönliche Eifersucht waren noch die geringsten Verbrechen, die ihnen in letzterer Beziehung vorgeworfen wurden: ging man doch so weit, zu insinuiren, dass sie sich von einer eigens ad hoc construirten „Kriegspartei" dazu hätten missbrauchen lassen, ihren eigenen, theuren Fürsten so schnell als möglich aus der Welt zu schaffen! —

Bis zu welchem Grade Sir Morell Mackenzie für diese Fehde verantwortlich zu machen ist, können wir nicht mit Sicherheit entscheiden. Mit so leidenschaftlicher Heftigkeit er Herrn v. Bergmann in der Frage der Pressthätigkeit angreift (Ss. 215ff. der englischen, Ss. 112ff. der deutschen Ausgabe seiner Schrift), so bleibt die Frage seiner eigenen Pressbeziehungen, speciell zu der ausserdeutschen politischen und socialen Presse, in seiner eigenen Schilderung in erhebliches Dunkel gehüllt. Doch ist folgendes zu constatiren: Der Anfang der Pressbetheiligung fällt genau mit seiner Berufung nach Berlin zusammen; während der ganzen Dauer des Falles und über denselben hinaus hat er sich mit der grössten Bereitwilligkeit von Berichterstattern aller Nationalitäten interviewen lassen; manche Journale haben sich direct auf von ihm empfangene Information berufen, viele andere in nicht misszuverstehender Weise durchblicken lassen, dass

Natur der gegenseitig erhobenen Anklagen schliesst jede Billigung des Vorgehens der einen Seite eine mehr oder minder directe Verdammung des Verhaltens der anderen ein. In nur zu vielen Punkten kämpft Glaubwürdigkeit gegen Glaubwürdigkeit, ohne dass dem Beurtheiler thatsächliche Anhaltspunkte zur Seite stehen.

Nicht leichten Herzens wird daher wohl irgend jemand das Wort in einer solchen Angelegenheit ergreifen. Das Schweigen der berufensten Fachgenossen bezeugt dies beredt genug.

Das Centralblatt aber darf sich der unliebsamen Aufgabe nicht entziehen. Von seiner Gründung an hat es sich die Aufgabe gestellt und treu durchzuführen versucht, alle in sein Gebiet einschlagenden Tages- und Standesfragen angemessen zu beleuchten. Vor dieser Aufgabe darf es auch in diesem Falle nicht zurückscheuen, so doppelt unerfreulich auch aus offen daliegenden Gründen die Pflicht speciell für seinen Herausgeber ist. Es erschien demselben aber nicht statthaft, den bequemen Ausweg der Abwälzung der Pflicht des Redacteurs auf andere Schultern zu wählen. Derjenige, der diese Zeitschrift gegründet und durch Jahre verantwortlich geleitet hat, durfte seiner Empfindung nach nicht in dem Augenblicke, wo die Feuerprobe auf die Aechtheit der von ihm vertretenen Grundsätze gestellt wird, aus rein persönlichen Gründen zurücktreten.

Ehe wir den Fall des Hochseligen Kaisers selbst analysiren, ist es zur Klärung der Situation erforderlich, auf die Entstehungsgeschichte und die Form der beiden sich gegenüberstehenden Berichte über seine Krankheit näher einzugehen.

Soweit nämlich die Ansichten der politischen und medicinischen Presse aller Länder über Recht und Unrecht in dem Falle differiren, so findet sich in [illegible] allen Uebereinstimmung in einem Punkte: dem Bedauern, dass über dem kaum geschlossenen Grabe des hohen Verblichenen ein nach Inhalt und Form gleich unerfreulicher, peinlicher Streit zwischen seinen Aerzten geführt worden ist.

Dies Bedauern ist gewiss nach jeder Richtung hin natürlich und gerechtfertigt.

Ganz anders aber steht es mit der Frage, ob dieser traurige Streit überhaupt zu vermeiden war?

Wir kommen hier sofort zu einem Punkte, über den wir unsere Meinung ganz rückhaltlos aussprechen müssen.

Wenn nämlich bei Lebzeiten des hochseligen Kaisers die Differenzen [illegible] seinen Aerzten in der Weise ausgetragen, oder zum wenigsten geheim [illegible] worden wären, wie dies bis zu diesem unglückseligen Falle unter [illegible] aller civilisirten Nationen gebräuchlich gewesen ist, so würde sich [illegible] seinem Hinscheiden keine Veranlassung geboten haben, das grosse [illegible] einer wissenschaftlichen Frage zum Richter zu machen. Die [illegible] sichten hätten entweder in den Archiven des Königl. Preussischen [illegible] riums begraben bleiben können, bis eine von den medicinischen, [illegible] nationalen Parteileidenschaften des gegenwärtigen Augenblicks [illegible] Generation ein sachliches Urtheil über das medicinische Vorgehen [illegible] abgegeben hätte, oder der Streit hätte zum [illegible] medicinischen Zeitschriften zum Austrag gel[illegible]

. der von der
etzt, wie der
as Leben des

. und ebenso
eise nach der
igen Kaisers
stattgefunden
den frechsten
egende in an-
ngelium, dass
tödtlich hätte
von derselben
e. Und als ob
e schon damals
rochüre erklärt:
wenn dies nicht
möglich gemacht
. v. Bergmann
habe!
ner gewissen Aus-
hieran die Frage
er, unparteiischer
er gar wünschen
agen die deutschen
glücklichen Fürsten
senken würden? —
nate lang den That-
rupel die Reputation
hatten, diesen Wunsch
wiesen, und wäre die
wäre es in der That
plötzlich den deutschen
Vorhergegangene einfach
sh Medical Journal, von
n haben, die Naivetät ge-
n Berliner Correspondenz
ber einer Vertheidigung
dem Satze abzuschliessen:
diese unpassenden Streitig-
ber des verstorbenen Kaisers
n Grabe ihres hohen Patienten,
r. einzusargen." —
. hat doch aber den Fehler, dass
Sachlage giebt. Nicht um blosse

sie ihre Nachrichten von ihm bezögen; oft haben spätere, officielle Aeusserungen seinerseits nur das bestätigt, was man in diesen Journalen schon vorher gelesen hatte. Vor allen Dingen aber bringt seine eigene Antwort auf die Schrift der deutschen Aerzte kaum irgend etwas zur Sache gehöriges Neues, sondern nur weitere Ausführungen der im Laufe des Vorjahres gegen seine deutschen Collegen im grössten Theile der Presse aller Nationen erhobenen Insinuationen und Anklagen. Sapienti sat.

Aber gleichviel, wie gross der directe Antheil Sir Morell Mackenzie's an dem Inhalt der einzelnen Anklagen war, so hat, was diese Anklagen selbst anbetrifft, das „calumniare audacter, semper aliquid haeret“ auch hier wieder seine Gültigkeit bewiesen.

Als der kaiserliche Dulder seine Augen schloss, war es in der That den systematischen Verdrehungen der Sir Morell Mackenzie ergebenen Presse gelungen, den grösseren Theil des Publikums, und leider auch viele Aerzte, vollständig über die wirkliche Sachlage zu täuschen. Ueber den unbedeutenden Nebenumstand, dass die deutschen Aerzte von Anfang an Recht mit ihrer Diagnose gehabt hatten, ging man einfach fort; vielfach wurde auch, Dank der Kunst, mit welcher man diesen doch immerhin etwas heiklen Punkt in ein Clair obscur zu hüllen gewusst hatte, noch bis zum Tode des hohen Patienten die Krebsdiagnose angezweifelt, ja selbst das Protokoll der Autopsie, trotzdem es von Sir Morell Mackenzie selbst mitunterzeichnet war, ungläubig aufgenommen! Wie oft hörte man noch in jenen Tagen die Frage, ob es denn wirklich Krebs gewesen sei!

Noch am 9. Juni, d. h. sechs Tage vor dem Tode des hohen Patienten, brachte das British Medical Journal, dem Sir Morell Mackenzie selbst das Lobeszeugniss ausgestellt hat, dass es seine Ansichten stets treu wiedergegeben habe, folgende Berliner Correspondenz „from our own Correspondent[1]):

„Die Besserung im Befinden des Kaisers, welcher ich in meinem letzten Briefe erwähnte, hält noch immer an. Die Zeitungen melden täglich von Zunahme der Kräfte und des Appetits des hohen Patienten. Dies stimmt damit überein, was ich jetzt in der Lage bin, auf die beste Autorität hin (!) anzugeben, dass nämlich die Seine Majestät behandelnden Aerzte nicht länger sicher hinsichtlich der Diagnose sind (!). Der pathologische Charakter der Schwellung und der klinische Verlauf des Leidens sind so vollständig verschieden von allem, was erfahrungsgemäss gewöhnlich beim Krebs vorkommt (!), dass, um die Thatsache beim richtigen Namen zu nennen, die Aerzte die Natur der Krankheit nicht kennen, mit der sie es zu thun haben (!). Diese Unsicherheit ist natürlich an sich eine enorme Verbesserung der schrecklichen Diagnose, zu welcher man im November g[illegible] war (!). Diese Aenderung der Ansichten ist dem Publikum noch (!) [illegible]ciell kundgegeben worden, aus Furcht, Hoffnungen zu erwecken, welche [illegible] getäuscht werden könnten (!).“

[illegible] im British Medical Journal sechs Tage vor dem Tode des [illegible]sem Tone geht es noch zwei Paragraphen weiter fort, um

[1]) [illegible] Journal“, 9. June 1888, p. 1245.

mit der Mittheilung zu schliessen, dass selbst Professor Senator, der von der bösartigen Natur des Leidens vollständig überzeugt gewesen sei, jetzt, wie der Correspondent eben gehört habe, nicht ohne Hoffnung sei, dass das Leben des Kaisers um mehrere Jahre (!) verlängert werden möge! — —

Unsere Leser mögen entscheiden, ob wir übertrieben haben, und ebenso überlassen wir ihnen die Ausmalung der Perspective, in welcher Weise nach der eben gegebenen Probe zu schliessen, die Krankheit des hochseligen Kaisers auf die Nachwelt gekommen wäre, wenn die Obduction nicht stattgefunden hätte. — Nun entzog zwar die Vornahme derselben wenigstens den frechsten Lügen den Boden, aber sie konnte die so sorgfältig aufgezogene Legende in anderen Punkten nicht beeinflussen. Immer noch galt es als ein Evangelium, dass die im Mai des Vorjahres proponirte Radicaloperation unzweifelhaft tödtlich hätte verlaufen müssen, dass Sir Morell Mackenzie den Kronprinzen von derselben gerettet und durch seine Behandlung sein Leben verlängert hätte. Und als ob es damit noch nicht genug wäre, liess Sir Morell Mackenzie schon damals durch seine Organe verbreiten, was er jetzt persönlich in seiner Brochüre erklärt: dass das kostbare Leben noch weiter verlängert worden wäre, wenn dies nicht durch die groben Fehler einiger seiner deutschen Collegen unmöglich gemacht worden wäre. Ja schon damals wurde die Anklage gegen Prof. v. Bergmann erhoben, dass derselbe das Leben des Kaisers direct verkürzt habe!

Mit vollem Bewusstsein haben wir alle diese Dinge mit einer gewissen Ausführlichkeit unseren Lesern ins Gedächtniss zurückgerufen, um hieran die Frage zu knüpfen, ob ein einziger, wahrheitsliebender, verständiger, unparteiischer Arzt irgend welcher Nation es wirklich ernstlich erwarten oder gar wünschen konnte, dass angesichts solcher Darstellungen, solcher Anklagen die deutschen Aerzte weiter schweigen und mit dem dahingegangenen unglücklichen Fürsten gleichzeitig auch die Wahrheit und ihren eigenen Ruf in's Grab senken würden? — Dass die Parteijournale Sir Morell Mackenzie's, die Monate lang den Thatsachen in's Gesicht geschlagen und ohne die geringsten Skrupel die Reputation hervorragender Männer täglich durch den Schmutz gezogen hatten, diesen Wunsch allerdings hegten, wird durch ihre eigenen Aeusserungen bewiesen, und wäre die ganze Angelegenheit nicht eine so unendlich traurige, so wäre es in der That ergötzlich zu sehen, mit welcher unbefangenen Gravität sie plötzlich den deutschen Aerzten Vorlesungen über gute Sitte halten, resp. alles Vorhergegangene einfach vergessen zu haben scheinen. Hat doch dasselbe British Medical Journal, von dessen Berichterstattung wir soeben eine Probe gegeben haben, die Naivetät gehabt, nur 14 Tage nach der Publikation der citirten Berliner Correspondenz seinen nominell dem Tode des Kaisers, in Wirklichkeit aber einer Vertheidigung Sir Morell Mackenzie's gewidmeten Leitartikel mit dem Satze abzuschliessen: „Wir hoffen ernstlich, dass die Welt das Letzte über diese unpassenden Streitigkeiten gehört hat, und dass die ärztlichen Rathgeber des verstorbenen Kaisers sich dahin einigen werden, ihre Differenzen in dem Grabe ihres hohen Patienten, der vor allen Dingen ein Freund des Friedens war, einzusargen.“ —

Das klingt freilich sehr schön und würdig, hat doch aber den Fehler, dass es eine ganz unrichtige Idee von der wirklichen Sachlage giebt. Nicht um blosse

„Differenzen" zwischen den ärztlichen Rathgebern des verewigten Kaisers handelte es sich, sondern um Richtigstellung der — sehr gelinde ausgedrückt — durchaus einseitigen Berichte von der Krankheit, der beabsichtigten Behandlung, dem Verlaufe des traurigen Falles, die dem Publikum aller Nationen, ohne dass die geringste Nothwendigkeit dazu vorgelegen hätte, Monate hindurch systematisch eingeimpft worden waren; nicht um „Streitigkeiten", sondern um die Ehrenrettung einer Anzahl verdienstvoller Männer, die Monate hindurch in bis dahin unerhörter Weise in der Mehrzahl der politischen und — leider — auch medicinischen Journale der Welt verunglimpft worden waren! Lange genug hatten die deutschen Aerzte geschwiegen. Wir möchten wohl sehen, wie viele von den anonymen Tadlern, die mit so tugendhafter Entrüstung über die Enthüllungen der deutschen Darstellung gejammert haben, es über sich gewonnen hätten, wenn sie selbst ähnlich angegriffen worden wären, ein so über alles Lob erhabenes, würdiges Stillschweigen zu bewahren, wie es Gerhardt ein Jahr hindurch allen niedrigen Schmähungen und Verspottungen entgegengesetzt hat? — Und hätten die deutschen Aerzte wirklich auch noch nach dem Tode des Kaisers geschwiegen, — was wäre die Folge gewesen? Etwa eine Anerkennung eines solchen stummen Appells an das bessere Gefühl der Gegner? Gewiss nicht! nach Allem zu schliessen, was vorhergegangen war, wäre ein Triumphgeschrei auf der ganzen Linie der Gegner über die Hinfälligkeit der Sache der deutschen Aerzte angestimmt worden! Kurz — was auch immer die ursprünglichen Rathgeber des Kaisers gethan oder gelassen hätten: tadelnder Kritik waren sie sicher!

Die deutschen Aerzte mussten aber sprechen, wenn nicht ihrer selbst, so der Wahrheit willen! Wenn dies nicht ohne grossen Scandal, ohne viel bitteres Herzeleid, ohne einen für die ärztliche Wissenschaft nichts weniger als vortheilhaften Einblick in die betrübenden Vorgänge am Krankenbett des Hingeschiedenen abging, so war das gewiss tief bedauerlich, jedoch nach dem Vorangegangenen absolut unvermeidlich! Aber die Verantwortlichkeit dafür, dass dies nöthig geworden war, muss rückhaltslos derjenigen Seite aufgebürdet werden, die ohne jede Provocation vom ersten Augenblicke ihrer Betheiligung die Krankheit des hohen Verstorbenen schonungslos an die Oeffentlichkeit gezerrt, die Vorgänge am Krankenbett öffentlicher Neugier preisgegeben, die Handlungsweise der deutschen Aerzte den schlimmsten Missdeutungen ausgesetzt, mit den gröblichsten Insinuationen verfolgt hatte! —

Stehen wir somit, was die Sache anbetrifft, in der Frage der Veröffentlichung des deutschen Berichtes vollständig auf Seiten der deutschen Aerzte, so bedauern wir andererseits, nicht eine gleiche unbedingte Billigung hinsichtlich der gewählten Form aussprechen zu können.

Der deutsche Bericht trägt in seiner äusseren Ausstattung ein durchaus officielles Gepräge. Gedruckt in der Kaiserlichen Reichsdruckerei, weist er auf dem Titelblatt den deutschen Reichsadler auf. Der Titel selbst besagt, dass die Krankheit „nach amtlichen Quellen und den im Königlichen Hausministerium niedergelegten Berichten" der Aerzte, welche an der Veröffentlichung theilnahmen,

und deren Namen nunmehr folgen, dargestellt sei. Kurz — kein Unbefangener kann im ersten Augenblicke zweifeln, dass er es hier mit einem officiellen Actenstück zu thun habe.

Schon die nächste Erwägung aber lässt hierüber doch Zweifel aufkommen. Von einem officiellen Berichte über die Krankheit einer höchststehenden Persönlichkeit würde man naturgemäss erwarten, 1) dass sämmtliche Aerzte, die zu irgend einer Zeit an der Behandlung theilgenommen haben, in demselben über ihre Thätigkeit Rechenschaft ablegen, 2) dass jede Polemik streng vermieden würde. Die einfache Thatsache der Existenz tiefgehender Meinungsverschiedenheiten zwischen den betreffenden Aerzten scheint uns ein Vorgehen der eben geschilderten Art an sich durchaus nicht unmöglich zu machen: es wäre sehr wohl denkbar, dass der Bericht der Majorität als der officielle Bericht veröffentlicht würde, gefolgt von Separatprotokollen derjenigen Aerzte, die es mit ihren Ueberzeugungen unvereinbar fänden, sich dem Bericht der Majorität anzuschliessen. Persönliche Ausfälle könnten dabei vollständig vermieden werden und dem Publikum bliebe überlassen, sich seine eigene Meinung zu bilden.

Nun wollen wir gewiss nicht behaupten, dass in dem concreten, vorliegenden Falle ein derartiges Vorgehen möglich gewesen wäre. Wir halten uns gewiss die Wahrscheinlichkeit vor Augen, dass in diesem Falle manche Umstände aus höheren Gründen in diesem Augenblicke nicht zur öffentlichen Kenntniss gebracht werden können, die ein Vorgehen, wie das oben skizzirte, unmöglich gemacht, ja direct verboten haben mögen. Aber dann hätte dies unserer Ansicht nach in einer Vorrede motivirt werden, oder man hätte, wenn auch dies nicht statthaft war, lieber auf das officielle Gewand ganz und gar verzichten sollen. Niemand hätte es den Herren, deren Namen das Titelblatt der deutschen Broschüre trägt, verargen können, wenn sie, nachdem das Hinscheiden des hohen Patienten sie ihrer Discretionspflicht hinsichtlich der wissenschaftlichen Seite des Falles entbunden hatte, nunmehr in energischer Weise ihren Standpunkt vertreten, die Begebenheiten, wie sie sich nach ihrer Auffassung zugetragen, geschildert, die gegen sie erhobenen Anklagen entkräftet, ihren Beschwerden hinsichtlich der Auffassung und Behandlung des Falles, der stattgehabten Uncollegialitäten, der Pressaffairen etc. den lebhaftesten Ausdruck gegeben hätten. Das hätte in ganz ähnlicher Weise, wenn man will: noch energischer geschehen können, als es thatsächlich vorgebracht ist. Dann würde Jedermann die Schrift als das angesehen haben, was sie wirklich ist: als eine Darstellung des Sachverhalts, wie er sich in den Augen der Verfasser präsentirte, begleitet von einer Polemik gegen denjenigen oder diejenigen, die über ein Jahr lang die öffentliche Meinung ihrer Ueberzeugung nach irregeführt hatten. Und Jeder würde die Thatsache, dass das Kgl. Preuss. Hausministerium den Verfassern die officiellen Berichte zur Verfügung stellte, deren sie zu ihrer Ehrenrettung bedurften, nur mit höchstem Danke haben anerkennen können.

Wie die Dinge aber thatsächlich liegen, haben wir die paradoxe Thatsache eines anscheinend „officiellen“ Berichtes vor uns, in dem eine ganze Anzahl der betheiligt gewesenen Aerzte, darunter derjenige, welcher ein volles Jahr lang die Behandlung geleitet hatte, nicht zu Worte kommen, ja der eine ganze Reihe der

[illegible] — Und dieser Be-
[illegible] Berichten ab, dass
[illegible] theilweise selbst
[illegible] wiederum stellen-

[illegible] Parteischrift in officiellem

[illegible] der Sache für be-
[illegible] dazu geneigt, solchen
[illegible] Wir bedauern aber die
[illegible] schliessen, den sie in der
[illegible] wollte, in gewisser Hin-
[illegible] die man im Laufe des
[illegible] dass die gewählte
[illegible] wie nur möglich, und
[illegible] der That gethan haben
[illegible] hin so nachdrück-
[illegible] diesem Zusammenhange
[illegible] Angaben zufolge verwei-
[illegible] seine Antwort benutzen zu
[illegible] billig, und die Verwei-
[illegible] den Aussenstehenden
[illegible] [illegible]den.
[illegible] die neueste Vertheidigung
[illegible] wie es die „Nineteenth
[illegible] theoretische ist.
[illegible] der deutschen Darstellung
[illegible] und der Sentimenta-
[illegible] einige recht unglück-
[illegible] vermögen, sachlich

[illegible] vielumstrittener Satz:
[illegible] dem ein Kehlkopfsarzt
[illegible] Stimmband wegzureissen

[illegible] zurückzukommen haben: hier
[illegible] bekannt werden: Der
[illegible] in adjecto. Sir Morell
[illegible] p. 109): „Ich verstehe
[illegible] aus Versehen zu thun."
[illegible] Lapsus calami; es ist
[illegible] betrifft, der in zwei
[illegible] die eine harmlos ist,
[illegible] des Gegners Ehrlichkeit
[illegible] Ziemssen im British

Medical Journal (27. October 1888, p. 963) gegebene Auslegung: „Beim Versuche der Entfernung eines Stücks verletzte der Operateur aus Versehen das gesunde Stimmband“ jedem, der Prof. Gerhardt's Charakter kennt, als die einzig richtige erscheinen wird, so zwingt uns die Gerechtigkeit doch zu erklären, dass aus dem Wortlaut auch eine sehr verschiedene Deutung, nämlich die, dass Sir Morell Mackenzie versucht habe, ein Stück aus dem gesunden Stimmbande fortzureissen (nämlich um Prof. Virchow irrezuleiten) und diese Handlungsweise im Falle der Entdeckung als ein Versehen darzustellen — herausinterpretirt werden kann. Vielfach ist dem Satze die letzterwähnte Deutung gegeben worden, und Sir Morell Mackenzie selbst hat dieselbe zur seinigen gemacht.

Wie sehr ein Zwischenfall dieser Art zur Erbitterung der Streitenden beiträgt, braucht nicht hervorgehoben zu werden. Es ist dem Angegriffenen, wenn er die seinem Charakter ungünstigere Auslegung für die richtigere hält, wahrlich nicht zu verübeln, wenn er sich mit grosser Heftigkeit gegen dieselbe wendet, und er darf auf viel Nachsicht Anspruch machen, wenn er nun seinerseits leidenschaftlicher wird, als dies ohne die vermeintliche Provocation verzeihlich wäre. Nach allen Richtungen hin wäre es besser gewesen, wenn der Satz fortgeblieben wäre, zumal er für das Verständniss sowohl des ganzen Falles wie des betreffenden Vorganges durchaus nicht erforderlich ist.

Aehnlich steht es mit der ebenfalls vielfach incriminirten Antwort Dr. Landgraf's auf Mr. Hovell's Frage nach seinem Befunde bei der Untersuchung am 23 August (deutscher Bericht S. 34). Dr. Landgraf's Aeusserung: er bedauere, nicht in der Lage zu sein, Mr. Hovell darüber Auskunft geben zu können, was er gesehen, und sei verwundert, dass Mr. Hovell, der so viel öfters Gelegenheit habe, zu untersuchen, ihn frage — ist vielfach als wenig collegialisch betrachtet worden. Was den ersten Theil der Aeusserung anbetrifft, so geht aus der ganzen Schilderung Dr. Landgraf's hervor, dass er als Militärarzt seine Aufgabe als eine dienstliche auffasste, bei der er zum Schweigen verpflichtet war. Er sagt ausserdem ausdrücklich im Eingange seines Berichtes (ibidem p. 29): „Somit war seine Thätigkeit beschränkt auf die Erhebung des laryngoscopischen Befundes und die Erörterung der Bedeutung desselben mit einem Vorgesetzten.“ Für Jedermann, der in der deutschen Armee gedient hat, ist das klar genug. Da sich der Bericht aber doch auch an andere Leser wendet, so wäre — sollte der Satz überhaupt aufgenommen werden — eine nochmalige Betonung des dienstlichen Standpunktes an dieser Stelle wohl angebracht gewesen. — Die zweite Hälfte der Aeusserung ist verschiedener Interpretation fähig. Legte man auf die Conversation zwischen den beiden Herren aus irgend einem bestimmten Grunde Gewicht, so wäre es zur Vermeidung von Missdeutungen wohl angezeigt gewesen, dies ausführlicher zu motiviren. Da man jetzt auf blosse Vermuthungen angewiesen ist und der Satz in seiner jetzigen Form nur für das gespannte Verhältniss zwischen beiden Theilen spricht, so wäre er wohl besser ebenfalls fortgeblieben.

Drittens endlich hat Prof. v. Schrötter's Urtheil über die Berufung Prof. Krause's (Ibid. p. 37) zu befremdeten Commentaren Veranlassung gegeben. Wir bedauern dasselbe im Interesse der Sache. Prof. v. Schrötter's

Erstaunen darüber, dass in einem Falle von so enormer Wichtigkeit ein jüngerer, wenn auch noch so tüchtiger Laryngolog berufen wurde, während nach Allem, was man bis dahin von dem Falle gehört, gerade reichste Erfahrung, wie sie nur in langjähriger Thätigkeit erworben werden kann, erforderlich zu sein schien, wird ja Sachverständigen erklärlich genug sein. Aber der Bericht war nicht nur für Sachverständige geschrieben, und das grosse Publikum hat in der Aeusserung vielfach ein herablassendes Urtheil über einen Mann gesehen, dem man keinen anderen Vorwurf als den seiner verhältnissmässigen Jugend machen konnte. Das schadete der Sache. Ausserdem schuf die Aeusserung einen gefährlichen Präcedenzfall. Wir wissen natürlich nicht, ob Sir Morell Mackenzie mit seinen geringschätzigen Aeusserungen über die Aerzte, die ihn berufen hatten („Friedrich der Edle". deutsche Ausgabe, Ss. 5 und 6) bewusstermassen eine Art von Repressalie für Prof. v. Schroetter's Aeusserungen über Prof. Krause's Berufung hat nehmen wollen. Jedenfalls könnte er plaidiren, dass er nur einem gegebenen Beispiel gefolgt sei.

Auch diese Aeusserung wäre daher wohl besser unterblieben.

Freilich betreffen alle die beanstandeten Punkte nur formelle Fragen, die für die Beurtheilung des sachlichen Inhalts des Berichts seitens sachverständiger Leser nicht den geringsten Einfluss haben können. Da aber der Bericht doch auch für das Laienpublikum geschrieben war, das sich bei der Unmöglichkeit, die wirklich technischen Fragen zu beurtheilen, nur zu leicht an Aeusserlichkeiten hält und von diesen sein Gesammturtheil beeinflussen lässt, so wäre es für die Sache der deutschen Aerzte weit besser gewesen, wenn alle diese persönlichen Dinge und auch viele hier nicht genannte, polemische Aeusserungen einfach unterdrückt worden wären. Die innere Wahrheit, die aus dem sachlichen Inhalt des deutschen Berichtes spricht, ist so stark, dass alle Versuche, sie durch — wenn auch noch so verständliche — persönliche Reflexionen eindringlicher zu machen, mehr geschadet als genützt haben.

Abstrahiren wir aber von diesen formellen Ausstellungen, deren wir nur im Interesse der Gerechtigkeit gedacht haben, so können wir nur das in der Augustnummer abgegebene Gesammturtheil wiederholen, dass nämlich der deutsche Bericht eine „durchaus verständliche und logische Darstellung von dem Krankheitsverlauf giebt, eine Darstellung, welche sowohl mit unseren allgemeinen Kenntnissen vom Kehlkopfkrebs, wie mit dem Obductionsresultat im vollständigsten Einklange steht".

Wir wenden uns nunmehr zu Sir Morell Mackenzie's Erwiderung.

Jeder, der die leidenschaftliche Art der Controverse dieses Autors aus seinen früheren literarischen Fehden [1]) kannte, musste von vornherein darauf gefasst sein, dass seine Antwort auf die gegen ihn erhobenen Anklagen diesmal noch schärfer ausfallen würde, als bei früheren Gelegenheiten. Denn einmal richteten sich die Angriffe sachlich ebensosehr gegen seine persönliche Ehre, wie gegen seine wissenschaftlichen und praktischen Leistungen, zum anderen war unleugbar die Form der Beschuldigungen stellenweise eine stark provocirende.

---

[1]) z. B. derjenigen mit Dr. Donkin in der „Fortnightly Review", 1885, oder derjenigen mit Mr. Behnke in der „Musical World", 1886.

Der objective Leser war daher von vornherein geneigt, einen viel milderen Massstab gegenüber der zu erwartenden Heftigkeit des Tones der Vertheidigung anzulegen.

Was aber Sir Morell Mackenzie in Bezug auf diesen Punkt gethan hat, geht weit über alles Zulässige hinaus. Es ist nicht mehr der Ton wissenschaftlicher Controverse, nicht mehr der Ton sich berechtigt fühlender Indignation, welcher angeschlagen wird, sondern der Ton unverblümter, persönlicher Beschimpfung des Gegners, oder vielmehr der Gegner. Denn mit alleiniger Ausnahme der Herren Bardeleben und Waldeyer entgeht kein einziger der Aerzte, welche den deutschen Bericht verfasst haben, Bezeichnungen, welche selbst in den heftigsten wissenschaftlichen Streitigkeiten bisher unerhört waren. So spricht Sir Morell von Gerhardt's „Mangel an medicinischer Urtheilskraft" (S. 11), „Theater-Coup", „Unredlichkeit", „dramatischem Talent", „tragischem Flüstern" (S. 15), „unskrupulöser Gegnerschaft", „eigenthümlichen Anschauungen berufsmässiger Moral" (S. 20), Brutalisiren und barbarischer Behandlung des Kehlkopfs" (S. 21), „Unfähigkeit", „Infamie seiner Anklage" (S. 109). So von v. Bergmann's „Rohheit", „Ungeschicklichkeit" (S. 77), „Taktlosigkeit", „elenden Verleumdungsversuchen" (S. 84), „gröberen falschen Angaben" (S. 110), „schauspielerischem Talent" (S. 114), „excentrischer Logik" (S. 115 etc.). Dr. Landgraf, der „junge Stabsarzt" (S. 20), ist „roh und ungeschickt", „unbeholfen" (S. 29), „selbstzufrieden" (S. 115), macht „mythische Beobachtungen" (S. 117); Prof. Tobold ist „kaum mehr als eine nominis umbra" (S. 6) und zeigt „gehorsame Willfährigkeit" (S. 15); Dr. Moritz Schmidt's Bericht „besitzt keinen wissenschaftlichen Werth .... und hat nicht einmal das Verdienst, ein wahrheitsgemässer Bericht der Vorgänge in San Remo zu sein während der Zeit, als Dr. Moritz Schmidt sich dort befand" (S. 117). Auch versteht er „gar nichts vom Kehlkopfkrebs" (S. 118). Prof. v. Schroetter äussert sich mit „einem etwas erdrückenden Gefühl seiner eigenen Wichtigkeit", spricht mit „olympischer Herablassung", ist ein „Orakel" (S. 117); Dr. Bramann lässt seinen Kehlkopfspiegel im Halse des Kronprinzen „blitzen" (S. 43), kann sich „aus Unerfahrenheit auf diesem Gebiete die ganze Lage nicht vorstellen" (S. 45). Prof. Kussmaul besteht „Abenteuer als ein Laryngoskopist" (S. 57) und „lässt sich herab, der Form nach eine Untersuchung anzustellen, deren Technik ihm offenbar ganz unbekannt war".

Die obige Liste erschöpft bei weitem nicht Sir Morell's herabsetzende Schilderungen seiner deutschen Collegen; sie genügt aber zur Charakteristik des Tones seiner Angriffe. Wie ein Mann von Mackenzie's Fähigkeiten und Weltklugheit sich so sehr in dem Eindruck irren konnte, den eine derartige Ausdrucksweise auf Leser aller Nationen machen musste und gemacht hat, ist schwer verständlich.

Wir wollen hier nicht auf weitere Einzelnheiten, auf die sensationellen Kapitelüberschriften, auf die Hineinziehung einer ganzen Menge gar nicht hierhergehöriger Dinge, auf die Selbstüberhebung, die aus Allem spricht, auf die unerfreuliche Verquickung von Mittheilungen aus dem Privatleben des hohen Patienten mit medicinischen Streitigkeiten etc. eingehen. Aber eines, des hässlichsten Punktes

der Mackenzie'schen Fehdeweise müssen wir gedenken: der Insinuationen gegen die Ehrlichkeit, die Lauterkeit der Motive seiner wahren oder vermeintlichen Gegner!

Diese Insinuationen ziehen sich wie ein rother Faden durch das ganze Buch. Es beginnt mit der Insinuation, dass Gerhardt, v. Bergmann und Tobold nicht competent sind (Ss. 5—8). Dann wird den Herren v. Bergmann und Tobold unterstellt, dass sie über den Erfolg der ersten Operation Mackenzie's erstaunt, geärgert und getäuscht waren (S. 9); dann wird insinuirt, dass Prof. v. Bergmann dem Kronprinzen eine zu optimistische Ansicht von der zu unternehmenden Operation beigebracht habe (S. 11); dann heisst es, dass Gerhardt wissentlich eine falsche Anklage (hinsichtlich der Verletzung des rechten Stimmbandes) vorgebracht habe (S. 13ff.); dann, dass die deutschen Aerzte Sir Morell Mackenzie's Verantwortlichkeit theilten (S. 19). Es folgt dann die unerhörte Verdächtigung, auf welche wir zurückkommen werden, dass Gerhardt entweder den Krebs producirt oder wenigstens das Leiden durch seine Behandlung verschlimmert habe (Ss. 21—23).

Alles dies findet sich auf den ersten 23 Seiten der deutschen Ausgabe, und so geht es, sich allmälig steigernd, durch das ganze Buch. Wie schon bei Lebzeiten des hohen Patienten jeder, der offen eine Meinung auszusprechen wagte, die nicht mit der herrschenden harmonirte, sofort der niedrigsten Motive beschuldigt wurde, so will Sir Morell jetzt, wo er selbst spricht, seine Leser glauben machen, dass an dem Krankenbette des Kaisers sich Unwissenheit, Rohheit, Egoismus, Eifersucht, Intrigue in Gestalt seiner deutschen Aerzte die Hand reichten, dass der einzige wahre Freund, den der hohe Kranke unter seinen hervorragenden ärztlichen Rathgebern hatte, er selbst war, und dass als Folge hiervon eine förmliche Verschwörung, die sich weit über den Kreis der deutschen Aerzte hinaus erstreckte, zu dem Zwecke bestand, den verhassten Ausländer zu verderben. Wir haben weder Lust noch Raum, dem Autor all' seine unglaublichen Verdächtigungen nachzuerzählen: ein einziges Beispiel möge genügen, um seine Methode eingehender zu illustriren.

Auf Seite 57 der englischen und Seite 30 der deutschen Ausgabe seiner Antwort findet sich folgender Paragraph:

„Als der Kronprinz auf der Insel Wight wohnte, schien Landgraf, welcher damals schon einige Wochen als behandelnder Arzt dort war, plötzlich erst gewahr zu werden, dass das linke Stimmband nicht ganz so beweglich sei, wie es eigentlich sollte. Er theilte diese ihn überraschende Entdeckung augenblicklich einigen Herren aus dem Gefolge des Kronprinzen mit, und schliesslich kam sie auch zu den Ohren des erlauchten Kranken, welcher darüber ziemlich alarmirt war. Als ich jedoch dem Kronprinzen erklärte, dass der Zustand, welchen Landgraf soeben zum ersten Male bemerkte, schon seit der Zeit meines ersten Aufenthaltes in Berlin existirte, gab sich der Kronprinz damit vollständig zufrieden."

Wir sehen hier vollständig von den sachlichen Widersprüchen dieser Schilderung von den Angaben der deutschen Aerzte (vgl. die deutsche Brochüre Ss. 13, 16, 29) ab. Aber es findet sich in diesem Absatze in der englischen

Ausgabe eine längere Anmerkung zu den Worten: „welchen Landgraf soeben zum ersten Male bemerkte", welche in der deutschen Angabe vollständig fehlt! —

Wir geben diese Anmerkung hier in genauer Uebersetzung und stellen, der besseren Controle wegen, das englische Original der Uebersetzung gegenüber:

„At the time I was under the impression, that Landgraf had recognized the imperfect action of the left vocal cord for the first time and I am still unable to account for his extraordinary excitement on any other ground. I was very much surprised, therefore, on looking over Dr. Landgraf's report, to find that this condition is mentioned in his first letter to Berlin. The only explanation I am able to offer now is that, although he denies it, Dr. Landgraf must have received some useful „hints from Professor Gerhardt". It would appear, therefore, that Landgraf in his earlier reports embodied the hints, whilst on a certain date he actually saw what he had previonsly described from the „Informationen" of Prof. Gerhardt (Op. cit.), which the Professor evidently gave to his assistant before he heard, that the young surgeon had been appointed to „control" me. After that time Gerhardt says: „I ceased to have any correspondence with Dr. Landgraf on this subject." (Op. cit. p. 15.) As all the instructions were evidently already given, no further correspondence was required."

„Ich war derzeit unter dem Eindruck, dass Landgraf die ungenügende Bewegung des linken Stimmbandes damals zum ersten Male erkannt hätte, und bin noch jetzt ausser Stande, seine ausserordentliche Aufregung auf irgend einer anderen Basis zu erklären. Daher war ich ungemein überrascht, bei der Lectüre von Dr. Landgraf's Bericht zu finden, dass dieses Symptom schon in seinem ersten Briefe nach Berlin erwähnt ist. Die einzige Erklärung, welche ich proponiren kann, ist die, dass Dr. Landgraf, obwohl er dies abläugnet, einige nützliche „Fingerzeige von Prof. Gerhardt" erhalten haben muss. Es würde danach scheinen, dass Landgraf seinen anfänglichen Berichten die Fingerzeige einverleibte, während er an einem gewissen Datum das thatsächlich sah, was er vorher nach den „Informationen" Prof. Gerhardt's (Op. cit.) beschrieben hatte, welche der Professor offenbar seinem Assistenten gab, ehe er hörte, dass der junge Chirurg angestellt worden war, um mich zu „kontroliren". Nach jener Zeit sagt Gerhardt: „Ich hörte auf, mit Dr. Landgraf irgend welche Correspondenz über diesen Gegenstand zu haben." (Op. cit. p. 15.) Da alle Instructionen offenbar bereits gegeben worden waren, so war keine weitere Correspondenz erforderlich."

In dieser Anmerkung sind folgende Insinuationen ausgesprochen:

1. Dass Prof. Gerhardt seinen Assistenten bereits vor dessen Commando zur Dienstleistung beim Kronprinzen Fingerzeige hinsichtlich des von ihm constatirten Befundes gegeben habe.

der Mackenzie'schen Fehdeweise müssen wir [illegible]
gegen die Ehrlichkeit, die Lauterkeit der [illegible]
oder vermeintlichen Gegner!

Diese Insinuationen ziehen sich wie ein rother [illegible]
Es beginnt mit der Insinuation, dass Gerhardt, [illegible]
nicht competent sind (Ss. 5—8). Dann wird [illegible]
Tobold unterstellt, dass sie über den Erfolg der [illegible]
erstaunt, geärgert und getäuscht waren (S. 9); dann [illegible]
v. Bergmann dem Kronprinzen eine zu optimistische [illegible]
nehmenden Operation beigebracht habe (S. 11); dann [illegible]
wissentlich eine falsche Anklage (hinsichtlich [illegible]
Stimmbandes) vorgebracht habe (S. 13ff.); dann, [illegible]
Sir Morell Mackenzie's Verantwortlichkeit theilte [illegible]
unerhörte Verdächtigung, auf welche wir zurückkommen [illegible]
entweder den Krebs producirt oder wenigstens das [illegible]
lung verschlimmert habe (Ss. 21—23).

Alles dies findet sich auf den ersten 23 Seiten [illegible]
so geht es, sich allmälig steigernd, durch das ganze [illegible]
zeiten des hohen Patienten jeder, der offen eine [illegible]
die nicht mit der herrschenden harmonirte, sofort [illegible]
digt wurde, so will Sir Morell jetzt, wo er selbst [illegible]
machen, dass an dem Krankenbette des Kaisers [illegible]
Egoismus, Eifersucht, Intrigue in Gestalt seiner [illegible]
reichten, dass der einzige wahre Freund, den der [illegible]
vorragenden ärztlichen Rathgebern hatte, er selbst [illegible]
von eine förmliche Verschwörung, die sich weit [illegible]
Aerzte hinaus erstreckte, zu dem Zwecke bestand [illegible]
verderben. Wir haben weder Lust noch Raum [illegible]
lichen Verdächtigungen nachzuerzählen; ein [illegible]
seine Methode eingehender zu illustriren.

Auf Seite 57 der englischen und Seite [illegible]
Antwort findet sich folgender Paragraph:

„Als der Kronprinz auf der Insel Wight [illegible]
damals schon einige Wochen als behandelnder [illegible]
wahr zu werden, dass das linke Stimmband [illegible]
eigentlich sollte. Er theilte diese [illegible]
einigen Herren aus dem Gefolge [illegible]
auch zu den Ohren des erlauchten [illegible]
war. Als ich jedoch dem Kronprinzen [illegible]
Landgraf soeben zum ersten Male [illegible]
Aufenthaltes in Berlin existirte, [illegible]
frieden."

Wir sehen hier vollständig [illegible]
Schilderung von den Angaben [illegible]
Ss. 13, 16, 29) ab. Aber [illegible]

Prof. Gerhardt's
wirkliche Worte:

„Auf die Mittheilung des genannten Herrn Generalarztes hin, dass er dem Herrn Landgraf untersagen müsse, an mich Mittheilungen über den Verlauf der Krankheit aus England zu richten, unterliess ich jede (im Original ebenfalls gesperrt) Unterredung mit Dr. Landgraf, meinen Assistenten, über diesen Gegenstand."

... in der unzweideutigsten Weise erklärt, dass ... je mit seinem Assistenten über die Krankheit ... macht Sir Morell Mackenzie hieraus die An... mit ihm über diesen Gegenstand zu corre...

... diese Angabe nicht in die deutsche Ausgabe der ... übergehen, denn da Sir Morell im englischen Ori... Prof. Gerhardt's zwischen Anführungszeichen ge... hatte, so hätte der Uebersetzer, wie er das ja ... noch hier die eigenen Worte Gerhardt's citiren ... wurde nicht allein den Insinuationen der Anmerkung ... dieselbe verlor überhaupt jeden Sinn. Uebersetzte ... englischen Originals ins Deutsche zurück, so wurde ... amerikanischen Leser des Buches bestimmte Täuschung ... augenfällig. In diesem Dilemma war es das Be... Anmerkung einfach fortzulassen.

... entscheiden, ob die von uns gegebene Erklärung die ... hat oder nicht. Ueber die Sache selbst, d. h. die ... Prof. Gerhardt's, um an diese Entstellung Insinuationen ..., dürften wohl nicht zweierlei Meinungen existiren

... auf den Schützen selbst zurück und der vorliegende ... von der Regel. Wir werden weiterhin noch bei der ... des Inhaltes einiger der schlimmsten Insinuationen ... zu gedenken haben. An dieser Stelle aber, wo es ... Form der Controverse handelt, dürfte das gegebene Bei... zeigen, dass keine Angriffe noch so schwerer Natur ihm ... können, als die Art und Weise seiner Vertheidigung. ... gegen ihn gerichtete Anklagen zu entkräften, sich in der ... er seinen Gegnern die Worte im Munde verdreht, sie der ... Unehrlichkeit, der Verschwörung gegen ihn bezichtigt, ... Wissenschaft gegenüber, gegen deren Wissen und Ehren-

2. Dass
rec
3. Da
eig
dar
4. Da
Ab

Es entsteh
der deutschen A

Wir würde
wählen, wenn
der deutschen U

Die Uebers
in der englisch
deutsche Uebers

Vergleicht
Mackenzie's
harmlosen Wor

Die Ueber
englischen Au
„Misslingen
dieser Titel n

Der Gru
Erklärung als
findet sich in
Leser verw
gefährlichem
fache Aender

Angesic
dass auch da
zufälliges ist
in dem Wor

Sir M
seine Insin
hätte, dass
correspo
der Anmer
geben word
bar. Es ko
Nun druckt
lichen Worte
ausserdem
finden sein
man nun
sich Folg

Dem letzten Wunsche schliessen wir uns aus Herzensgrund an.

Indem wir nunmehr zur Analyse des Falles selbst übergehen, bemerken wir, lass wir selbstverständlich nicht beabsichtigen, jeden einzelnen Zwischenfall und ede einzelne Meinungsdifferenz ausführlich zu besprechen oder selbst nur zu erwähnen. Wir werden uns vielmehr auf eine ausführlichere Zergliederung der unserer Ansicht nach wirklich wichtigen Punkte beschränken. Eine genaue Kenntniss der beiderseitigen Darstellungen wird vorausgesetzt.

Entkleidet man den Fall des Kronprinzen aller persönlichen Elemente, so ist sein Verlauf ein durchaus einfacher:

Ein 56jähriger, in vollster Manneskraft stehender Fürst von herkulischem Korperbau wird von trockner, allmälig zunehmender Heiserkeit befallen. Zwei Monate später findet der consultirte Kliniker als Ursache dieser Heiserkeit eine erdickung des hinteren Abschnittes des linken Stimmbandes. Versuche, dieselbe mit der Schlinge, resp. dem Ringmesser abzutragen, scheitern, die galvanoaustische Zerstörung gelingt. Fünf Wochen später ist die Stimme heiserer wie her, die inzwischen nachgewachsene Geschwulst grösser als zuvor, das Stimmand, dem sie aufsitzt, deutlich träger in seinen Bewegungen, als das andere. er behandelnde Arzt, dem sich schon vorher in Folge des ungewöhnlichen Sitzes d Aussehens der Geschwulst, sowie des Alters des Patienten Befürchtungen hinhtlich der Natur der Neubildung aufgedrängt haben, kommt jetzt zur definiren Ueberzeugung, dass es sich um Krebs handle. Zwei andere consultirte rzte bestätigen diese Diagnose und stimmen mit ihm in der Ueberzeugung rein, dass nur von der Kehlkopfspaltung und gründlichen Ausrottung der Geuwulst möglicher Weise Heilung zu erwarten sei. Ein vierter nunmehr consulter Arzt aber betrachtet den Beweis der krebsigen Natur der Neubildung als ht erbracht und widersetzt sich der bereits mit Einwilligung des Hohen Patienten schlossenen Radicaloperation. In einigen von ihm intralaryngeal entfernten Fragnten findet der grösste, lebende Pathologe nur die Kennzeichen einer mit papilren Auswüchsen verbundenen Epithelwucherung. Der Hohe Patient vertraut . der Behandlung des letztberufenen Arztes an und folgt ihm in's Ausland. rt wird mit der intralaryngealen Behandlung der Geschwulst fortgefahren. e Zeit lang lauten die officiellen Berichte sehr günstig, während die Beobtungen eines zur Controle beigegebenen jüngeren Arztes stetiges Weiterhsthum der Geschwulst verzeichnen. Noch im achten Monat nach dem Ber der Erkrankung wird ein officielles Bulletin ausgegeben, welches die völlige ilung nur als eine Zeitfrage erscheinen lässt. Auch in den nächsten beiden naten, während welcher der Hohe Patient, ohne die Heimath zu berühren, zuchst in ein rauheres Gebirgsklima, dann nach Oberitalien geht, lauten anscheind inspirirte Nachrichten in den verschiedensten Zeitungen beruhigend. Doch ngen schon zu jener Zeit beängstigende Nachrichten über die wirkliche Lage s Publikum. Im zehnten Monat nach dem Beginn der Erkrankung erklärt der nmehr behandelnde Arzt selbst das Aussehen der Geschwulst für bösartig. n Consilium neu berufener Aerzte, zu welchem die anfänglichen Rathgeber cht zugezogen werden, bestätigt, nachdem starkes acutes Oedem in der Nacharschaft der befallenen Theile rückgängig geworden ist, die Krebsdiagnose. Zu

jener Zeit hat das Leiden bereits auf die rechte Kehlkopfhälfte übergegriffen und zum Auftreten von Perichondritis geführt. Der Hohe Patient, dem die Alternative einer rein palliativen Behandlung, in deren Verlauf die Tracheotomie voraussichtlich erforderlich werden würde, und der Radicalbehandlung, welche zu jener Zeit bereits die totale Exstirpation des Kehlkopfs nothwendig gemacht haben würde, klar auseinandergesetzt wird, wählt die erstere. In den nächsten zwei Monaten schreitet das Leiden weiter fort, von Neuem treten Oedeme auf, es kommt zur Ausstossung eines nekrotischen Gewebsstücks, das Sputum wird blutig, Athemnoth, zuerst bei Anstrengungen, dann auch ohne solche, gesellt sich zu den bestehenden Erscheinungen, schliesslich wird, im vierzehnten Monate nach dem Beginne der Erkrankung, die Tracheotomie nothwendig. Nach der Vornahme der Operation erfolgt nicht, wie gewöhnlich, ein wenigstens anscheinender temporärer Stillstand des Leidens. Der Auswurf nimmt im Gegentheil bedeutend zu und bleibt mehrere Wochen stark blutig, es werden in ihm nekrotische Gewebsfetzen und Knorpelfragmente gefunden; seine mikroscopische Untersuchung sichert die Krebsdiagnose auch vom histologischen Standpunkte. Die expectorirten Knorpelstücke werden immer grösser, der Auswurf bleibt massenhaft und wird eitrig, es tritt Infiltration der Weichtheile der vorderen Halsgegend auf. Die tracheotomische Wundöffnung bedeckt sich mit wuchernden Geschwulstmassen, die sich wiederholt abstossen und von Neuem bilden. Inzwischen ist Fieber aufgetreten, das Allgemeinbefinden, das bereits seit dem vierzehnten Monate der Krankheit gelitten hat, wird weniger und weniger gut, das Schlucken unmöglich, künstliche Ernährung durch die Schlundsonde unumgänglich. Das Fieber steigt, die Kräfte sinken. Unter diesen Erscheinungen erfolgt der Tod im achtzehnten Monate nach dem Beginne der Erkrankung. Bei der Autopsie ergiebt sich als unmittelbare Todesursache frische gangränescirende Bronchopneumonie, während sich der Kehlkopf als total zerstört durch Krebs, der obere Theil der Luftröhre als brandig zerstört erweist.

Um diesen einfachen Sachverhalt ranken sich zwei vielfach einander widersprechende, theilweise mit einander durchaus unvereinbare Schilderungen, zu deren Analyse es wünschenswerth ist, den Verlauf der Krankheit in sechs, sich völlig natürlich ergebende Perioden einzutheilen.

Von diesen Perioden reicht:

1. die erste vom Beginne der Erkrankung bis zur Feststellung der Diagnose seitens der deutschen Aerzte, dem Beschluss der Radicaloperation, resp. der Berufung Sir Morell Mackenzie's;
2. die zweite umfasst die beiden Besuche des letztgenannten in Berlin;
3. die dritte begreift den Aufenthalt des Kronprinzen in England und Schottland in sich;
4. die vierte umfasst den Aufenthalt in Toblach und in Baveno und findet ihren Abschluss in der November-Consultation in San Remo;
5. die fünfte schliesst den Rest des Aufenthaltes in San Remo bis zur Abreise des Kaisers Friedrich III. nach Deutschland ein;
6. die sechste und letzte reicht vom Eintreffen des Kaisers in Charlottenburg bis zu seinem Lebensende.

Vom Standpunkte ebensowohl des menschlichen wie des wissenschaftlichen Interesses sind zweifellos die drei ersten dieser Perioden als die bei weitem wichtigeren zu bezeichnen. Denn in ihnen lag nach vernünftigem Ermessen noch die — freilich stetig abnehmende — berechtigte Hoffnung vor, den hohen Patienten zu retten: als er von England nach Toblach ging, ohne Berlin zu berühren, war unserer Ueberzeugung nach sein Schicksal besiegelt.

Dieser Anschauung entsprechend werden die Ereignisse der drei ersten Perioden ausführlicher besprochen werden, als die der drei letzten.

Die erste Periode ist charakterisirt durch Prof. Gerhardt's intralaryngeale Behandlung, die sich ihm aufdrängenden diagnostischen Zweifel, die Reise des Kronprinzen nach Ems, die Bestätigung der Krebsdiagnose, den Entschluss zur Radicaloperation von aussen.

Kein sachverständiger Leser wird nach der gegebenen Schilderung des ursprünglichen Befundes Prof. Gerhardt einen Vorwurf daraus machen können, dass er die Natur der Neubildung nicht sofort erkannt hat. Dies war eben anfänglich schlechterdings unmöglich. Wir verweisen in dieser Beziehung auf die allgemeinen Ausführungen des Leitartikels unserer letzten Nummer.

Ebensowenig möchten wir mit Prof. Gerhardt darüber rechten, ob in dem speciellen Falle des Kronprinzen sofortiges operatives Eingreifen indicirt war. Die Entscheidung dieser Frage muss für jeden einzelnen Fall dem Ermessen des behandelnden Arztes vorbehalten bleiben.

Gerade von diesem Standpunkt aber können wir nicht umhin, der Verallgemeinerung des Vorgehens in diesem speciellen Falle, wie sie Prof. Gerhardt in den Worten anstrebt (l. c. S. 14): „In jedem Falle einer kleinen, dem Stimmband ansitzenden Neubildung nach unbestimmten Charakters wird es Pflicht sein, sie zu entfernen. Welcher Arzt würde mit verschränkten Armen zusehen wollen und sie ruhig wachsen lassen, nur damit sie nicht bösartig werde? Wird die Neubildung zerstört und wächst mit einer bedrohlichen Schnelligkeit wieder, so wird man allerdings nicht säumen dürfen, sie durch die Spaltung des Kehlkopfes frei zugänglich zu machen und mit Stumpf und Stiel auszurotten“ — einige ernste Bedenken entgegenzusetzen.

Wäre es stets möglich, eine klinisch verdächtige Kehlkopfneubildung mittelst eines oder einiger weniger intralaryngealer Eingriffe radical zu exstirpiren, so liesse sich gewiss nichts gegen die Operation einwenden. Aber so liegt doch die Sache öfters nicht. Oft genug bedarf es — trotz Cocains — bei ungünstig sitzenden, sessilen, kleinen Neubildungen, bei ungünstigen anatomischen Verhältnissen des Kehlkopfs, bei grosser Aengstlichkeit und Reizbarkeit des Kranken einer längeren Reihe von Versuchen, ehe die verdächtige Neubildung entfernt wird, und selbst dann ist es oft genug unmöglich zu sagen, ob eine wirklich radicale Entfernung gelungen ist, oder ob nicht centrale Geschwulsttheile zurückgelassen sind. So fest wir nun auch davon überzeugt sind, dass, wenn die Geschwulst gutartig war, sie nicht durch die operativen Eingriffe an sich in eine bösartige umgewandelt werden wird, so glauben wir doch andererseits im Einklange mit —

so viel wir wissen gegenwärtig **allgemein** gehegten — pathologischen und chirurgischen Anschauungen, dass, wenn sie in der That primär bösartig war, die vorgenommenen Eingriffe **durchaus nicht gleichgültiger** Natur sind, dass vielmehr durch den öfters wiederholten operativen Reiz die Geschwindigkeit des Wachsthums der Neubildung aller Wahrscheinlichkeit nach **beschleunigt** werden wird.

Und noch eine andere Erwägung kommt hier in's Spiel. Die **Art** der Vernichtung der Geschwulst ist nicht gleichgültig. So lange dieselbe wirklich **entfernt** wird, d. h. so lange Fragmente in die Hände des Operateurs gelangen, lässt sich der Eingriff, selbst wenn er den gewollten Zweck nicht vollständig erreicht, damit motiviren, dass die mikroscopische Untersuchung dieser Fragmente möglicherweise wichtige diagnostische Anhaltspunkte liefern kann. **Zerstört** man aber die verdächtige Geschwulst **in loco** mittelst der Galvanocaustik oder chemischer Agentien, so beraubt man sich selbst dieser Anhaltspunkte. Das ist gewiss nicht gleichgültig. Man wird dem Schreiber dieser Zeilen nach seinem erst ganz kürzlich im Centralblatt (S. 132 ff.) citirten Warnungsbriefe sicherlich nicht nachsagen können, dass er die Bedeutung solcher mikroscopischer Untersuchungen **überschätze**. Ebensoweit aber ist er andererseits von einer **Geringschätzung** derselben entfernt. Er steht auch jetzt noch genau auf dem Boden der Anschauungen jenes Briefes, denen zufolge die mikroscopische Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente ein werthvolles, obwohl nichts weniger als unfehlbares diagnostisches Hülfsmittel bildet!

Sollte diesen Ausführungen entgegengehalten werden, dass schnelles Wiederwachsthum nach der Entfernung ebenfalls einen werthvollen diagnostischen Anhaltspunkt bildet, so würden wir darauf erwidern:

1. Ueppiges Wuchern einer Geschwulst nach intralaryngealen Eingriffen ist **an sich nicht** beweisend für die bösartige Natur derselben (vgl. Centralblatt S. 203).

2. Ueber der Operation und dem Abwarten des Recidivs verstreicht wahrscheinlich in den meisten Fällen ebensoviel Zeit, als ausgereicht haben würde, um durch klinische Beobachtung die Diagnose der Natur der Neubildung zu sichern.

3. Die intralaryngeale Operation selbst ist bei **bösartigen** Geschwülsten aus dem oben angeführten Grunde keine gleichgültige Sache.

Wir sind daher der Ansicht, dass es sich **in der Mehrzahl** aller **frühzeitig** zur Beobachtung kommenden Fälle von Kehlkopfneubildungen, die aus irgend einem oder dem anderen Grunde dem Beobachter **verdächtig** erscheinen, mehr empfehlen wird — ausser wenn er ganz sicher ist, ein grösseres Fragment behufs mikroscopischer Untersuchung sofort entfernen zu können — die verdächtige Geschwulst eine nicht zu kurze Zeit unter Vermeidung aller Reize sorgfältiger Beobachtung zu unterziehen, als den klinischen Verlauf durch sofort vorgenommene Eingriffe, zumal durch Zerstörung in loco, zu modificiren. In der **Mehrzahl** dieser Fälle wird durch eine 1—3 monatliche Beobachtungsperiode nicht zuviel kostbare Zeit verloren werden; der klinische Verlauf wird gewöhnlich weiteres Licht auf die Natur der Neubildung werfen; ist dieselbe gutartig, so schadet es natürlich nichts, dass sie ein paar Monate länger im Kehlkopf bleibt und ihre

Entfernung wird im Gegentheil um so leichter sein, je grösser sie ist; ist sie bösartig, so wird die Sache nicht durch operative Reize verschlimmert und auch in diesem Falle wird eine spätere Entfernung von Fragmenten zum Zwecke mikroscopischer Untersuchung leichter sein und mehr Aussicht auf ein zuverlässiges Resultat der letzteren bieten.

Aber wohlgemerkt: wir sprechen, wenn wir diese Gesichtspunkte aufstellen, erstens nur von verdächtigen Neubildungen, die frühzeitig zur Beobachtung kommen. wünschen zweitens selbst für diese Fälle nicht zu dogmatisiren und wollen drittens gewiss keine Verschleppung nothwendiger Massregeln empfehlen! — Uns lag nur daran, der unserer Ansicht nach bedenklichen Anschauung entgegenzutreten, dass in jedem Falle die Entdeckung einer Kehlkopfneubildung mit der Idee eines sofortigen Eingriffs zu associiren sei.

Im Falle des Kronprinzen hielt Prof. Gerhardt sofortiges Einschreiten für indicirt und schritt nach dem Fehlschlagen von Entfernungsversuchen zur Galvanocaustik. mittelst derer er die Neubildung in der That erfolgreich zerstörte.

Es ist bekannt. in welcher Weise Sir Morell Mackenzie die Häufigkeit und schnelle Aufeinanderfolge der Sitzungen kritisirt und wie er an diese Kritik die unverzeihliche Insinuation geknüpft hat, dass Prof. Gerhardt den Krebs künstlich producirt hat. Denn wenn er auch sagt (l. c. S. 22): „Ich sage nicht, dass Gerhardt thatsächlich den Krebs verursacht habe", so kommen doch, soweit wir sehen können, die ganzen Ausführungen des betreffenden Abschnittes darauf hinaus, dass er dies zu verstehen geben will. Jedenfalls versucht er, Gerhardt für die ganze spätere traurige Entwicklung verantwortlich zu machen.

Es ist dies eines der peinlichsten und unerfreulichsten Kapitel des ganzen Mackenzie'schen Buches. Was den Fall selbst anbetrifft, so scheint der Autor erstens ganz zu vergessen, dass er selbst, als er den Kehlkopf des hohen Patienten zuerst sah, nicht allein „nichts Charakteristisches" in dem Aussehen des Gewächses fand (ibidem S. 8), sondern dass er auch nicht das Geringste anzugeben vermag. was auf ein früheres „Brutalisiren" des Organs hindeutete.

Er vergisst zweitens ganz, dass noch am 15. Juni 1887. d. h. als der Kronprinz bereits in England unter seiner Behandlung war, die Pall Mall Gazette den Bericht einer Interview mit ihm mit folgenden bedeutsamen, gesperrt gedruckten Worten (auf die wir noch an anderer Stelle zurückzukommen haben werden) abschloss:

„In conclusion Dr. Mackenzie authorizes us to say, that unless some change takes place in the nature of the growth the Prince's health will be absolutely restored and such changes are so exceedingly rare, that practically they need not be considered."

„Schliesslich ermächtigt uns Dr. Mackenzie zu der Erklärung, dass, ausser falls eine Veränderung in der Natur der Geschwulst stattfinden sollte, die Gesundheit des Prinzen absolut wiederhergestellt werden wird, und solche Veränderungen sind so excessiv selten, dass sie praktisch nicht berücksichtigt zu werden brauchen."

… zur Evidenz, dass
… Prof. Ger-
… Morell Mackenzie
… dass er selbst
… praktisch nicht

… ebenfalls ganz
… Gerhardt's Ein-
… am 8. August
…, von dessen
… anwandte!!
… Beschreibung seiner
… Galvanocaustik,
… Thatsache, dass
… so wenig
… selbst nur der
… Zweifel obwalten
… S. 23), dass sich
… diesem seiner Schil-
… galvanocaustische Ein-

… Zweifel darüber obwalten.
… seinen Collegen einen
… fehlt! — Dass die
… gewesen, sondern
… sein müssen, welche
… so augenscheinlich
… nicht allein aus der
… im Kehlkopfe die Resul-
… Sache auch bei von
… durchaus nicht
… gelang, die Ge-
… ohne dass die Behand-
… von sonstigen Ent-

… auszusprechen, richtet
… Unterlage Sir Morell
… Bergmann's schwer-
… Friedrich III., S. 90).
… Verschlimmerung im Zu-
… Kollegen zur Last
… zuerst die ursprüng-
… bösartige verwandelt

… p. 83.

haben. Als im November und im Februar, neben Schroetter, und statt Kussmaul seine Hinzuziehung von mir gewünscht wurde, hiess es, der könne unmöglich genommen werden, der sei an der ganzen schlimmen Wendung schuld." — In dem deutschen Bericht entbehrte diese gravirende Angabe documentarischer Bestätigung. Kann aber jetzt irgend jemand, der Sir Morell Mackenzie's eigene Anklage gegen Prof. Gerhardt liest, sich der Wahrscheinlichkeit verschliessen, dass es in der That Einflüsterungen ähnlicher Natur zu danken gewesen ist, dass derjenige Arzt, der die richtige Diagnose zur richtigen Zeit gestellt hatte, vom Krankenbette des hohen Patienten ferngehalten wurde? —

Es ist wahrlich traurig! —

Und ebenso traurig ist es vom wissenschaftlichen Standpunkte, wenn man sieht, wie der Autor Mackenzie seine eigenen früheren Lehren verläugnet! —

„In manchen Fällen von Polypen, namentlich bei recidivirenden Papillomen, habe ich selbst Jahre lang von Zeit zu Zeit operirt, ohne jemals eine bösartige Degeneration zu beobachten. In der That kenne ich unter den vielen hundert Fällen von Papillomen, die operirt worden sind, nur 3 Fälle (Gibb, Mackenzie und Rumbold), in denen ursprünglich gutartige Geschwülste späterhin einen bösartigen Charakter annahmen, und ich wüsste nicht, dass in irgend einem Falle auch nur die Spur eines Beweises vorläge, dass die Methode der Behandlung einen ungünstigen Einfluss geübt hätte." (!) [1]).

So sagt Morell Mackenzie selbst an derjenigen Stelle seines Lehrbuchs[2]), wo er diejenigen Meinungen bekämpft, zu deren verschämtem Vertreter er sich jetzt hergiebt!

Und wie er in einigen dieser Fälle operirt hat, erzählt er uns ebenfalls: „In Folge der Kleinheit des Kehlkopfs wurde die Behandlung mit einiger Schwierigkeit mit Hülfe der Röhrenzange ausgeführt, und es bedurfte zweier Monate mit beinahe täglichen Sitzungen, um den Kehlkopf zu säubern." (!) So heisst es in Fall 46 in Mackenzie's „Growths in the Larynx" (p. 148) — „Er war beinahe sechs Monate unter Behandlung und während dieser Zeit wurden fast täglich Entfernungsversuche gemacht, die oft erfolglos waren." (!) So heisst es ebendort im Fall 64 (p. 166). — In anderen Fällen sind keine exakten Daten angegeben; es geht aber aus dem Zusammenhange klar hervor, dass der Verlauf der Behandlung dem in den citirten Fällen beschriebenen ähnlich war.

Wir haben diese Fälle wahrlich nicht hier vorgebracht, um Sir Morell Mackenzie aus der langen Behandlungsdauer und der Häufigkeit seiner Eingriffe irgend welchen Vorwurf zu machen. Die meisten beschäftigten Specialisten werden ähnliche Fälle in Behandlung gehabt haben.

Aber wie kann ein Operateur, der sich nicht scheut, in einem Falle nahezu

---

[1]) Die gesperrten Worte sind im Original nicht gesperrt gedruckt.

[2]) „Die Krankheiten des Halses und der Nase." Vol. I. Deutsche Ausgabe. S. 430.

sechszig Evulsionsversuche in sechszig Tagen, in einem andern gar nahezu hundertundachtzig derartige Versuche in hundertundachtzig Tagen vorzunehmen, es wagen, einem Collegen ein Verbrechen daraus zu machen, dass er in vierzehn Tagen dreizehnmal den Galvanocauter angewandt hat? Wie kann er uns, oder vielmehr dem Laienpublikum ernsthaft von der festgestellten „Verbindung zwischen lokaler Irritation oder den dadurch herbeigeführten chronischen, strukturellen Veränderungen und der Entwicklung von Krebs“ erzählen, wenn in seinen eigenen Worten der Beweis vorliegt, wie wenig er selbst vor der Production „lokaler Irritation“ zurückgeschreckt ist? Weiss er nicht, dass selbst vom Standpunkte der „traumatischen Malignität“ aus oft wiederholte, sich über eine lange Zeit erstreckende Reize, selbst wenn sie schwächerer Natur sind, mehr gefürchtet werden, als einige wenige, innerhalb kurzer Zeit erfolgende, energische Eingriffe? Oder sollte auch er, wie dies Prof. Gerhardt l. c. so präcis ausdrückt, „etwa ganz besonders der galvanocaustischen Behandlung die Fähigkeit zutrauen, aus Polypen Krebse zu machen?“

Wir brauchen über die traurige Insinuation kein Wort weiter zu verlieren: das Ergebniss unserer Sammelforschung ist der beste Gegenbeweis gegen die ganze unheilvolle Theorie! —

Dass Prof. Gerhardt's Sanction zur Reise des Kronprinzen nach Ems uns vollständig gerechtfertigt erscheint, ist nach der oben entwickelten Anschauung über den Werth zeitweiliger ruhiger Beobachtung in diesen Fällen selbstverständlich. Ebenso können wir den Argumenten, mit welchen er seine, v. Bergmann's und Tobold's Krebsdiagnose rechtfertigt (l. c. S. 7), nach unseren eigenen Erfahrungen (vgl. die Leitartikel der beiden letzten Nummern) nur zustimmen. Wir würden freilich stets, wenn es irgend angängig wäre, die intralaryngeale Entfernung eines, event. mehrerer Fragmente zum Zwecke mikroscopischer Untersuchung der Radicaloperation vorhergehen lassen, würden aber, wenn dies nicht möglich wäre[1]), ebenfalls bereit sein, bei einer Sachlage, wie der geschilderten, die Verantwortung für die sich aus der klinischen Diagnose ergebenden praktischen Folgerungen zu übernehmen. In dem vorliegenden Falle war es in der That in Berücksichtigung des Alters des hohen Patienten, des Sitzes und Aussehens der Neubildung, der wiederholten schnellen Recidive und vor allem: der Trägheit in den Bewegungen des afficirten Stimmbandes kaum möglich, zu einer anderen Diagnose zu kommen, als der des Krebses, und weiterhin waren in der nun schon dreimonatlichen Dauer des Leidens, der auf tiefere Infiltration hinweisenden Schwerbeweglichkeit des linken Stimmbandes, dem Sitze der Neubildung in bedenklicher Nähe der hinteren Kehlkopfwand Fingerzeige genug gegeben, die Radicaloperation nicht länger hinauszuschieben. Noch durfte man berechtigter Weise hoffen, mit der blossen Laryngofissur und Entfernung von Weichtheilen auszukommen, aber schon damals war es doch nach Prof. Gerhardt's eigenen Worten (l. c. S. 8) „fraglich .... ob man ein Stück des Schildknorpels mit hinwegnehmen musste.“ Jede weitere Ver-

---

[1]) Vgl. Centralblatt, dieser Jahrgang, S. 122, Fall II. — Ueber das Verhalten bei etwaigem negativem Ergebniss der mikroscopischen Untersuchung weiterhin mehr.



schiebung würde offenbar die Wahrscheinlichkeit nothwendig werdender tieferer Eingriffe vermehrt haben. Wenn wir an die klaren und überzeugenden Ausführungen Prof. v. Bergmann's hinsichtlich der damals beabsichtigten Operation (l. c. Ss. 18—21) irgendwelche Kritik anlegen wollten, so würde es die sein, dass wir gewünscht hätten, die Eventualität partieller Knorpelresection, ja selbst partieller Exstirpation des Kehlkopfs schärfer betont zu sehen, und klar hervorgehoben zu hören, dass man erforderlichen Falles auch vor diesen Eingriffen nicht zurückgeschreckt wäre, statt dass es dort heisst (l. c. S. 19), dass „von einer anderen Operation als der Spaltung des Kehlkopfs behufs Exstirpation der kleinen, an der unteren Fläche des linken Stimmbandes sitzenden Geschwulst im Mai des vorigen Jahres nicht die Rede gewesen sei." — Wir zweifeln nicht einen Augenblick, dass nur diese Operation in Aussicht genommen war; da aber der Process sich doch jedenfalls theilweise im subglottischen, der laryngoscopischen Untersuchung nicht frei zugänglichen Raume abspielte, musste man doch wohl darauf gefasst sein, ihn möglicherweise weiter ausgedehnt zu finden, als sich dies nach der laryngoscopischen Untersuchung schliessen liess, und es würde den Vorwürfen hinsichtlich unberechtigten „Optimismus" die Spitze abgebrochen haben, wenn man sich hinsichtlich der unter diesen Umständen eventuell erforderlich gewordenen Massregeln ganz rückhaltslos ausgesprochen hätte.

Mit dieser Einschränkung können wir uns sowohl mit den Ausführungen, wie mit den operativen Plänen der ursprünglichen Rathgeber des Kronprinzen vollkommen einverstanden erklären.

Die wichtigsten Ereignisse der zweiten Periode sind: der Widerspruch Sir Morell Mackenzie's gegen die Diagnose und die vorgeschlagene Radicalbehandlung, seine intralaryngealen Operationen, die mikroscopische Untersuchung der Fragmente Prof. Virchow's und Sir Morell's Verwerthung der Virchow'schen Gutachten, sowie die Uebereinkunft der Aerzte hinsichtlich der weiteren Behandlung.

Von dem Augenblicke, in welchem Sir Morell in Berlin erscheint, beginnen die Differenzen. Die beiden Berichte stimmen nur darin überein, dass er der Diagnose der deutschen Aerzte nicht beitrat, über den Grad des Widerspruches gehen sie schon auseinander. Prof. Gerhardt (l. c. S. 9) und Prof. v. Bergmann (l. c. S. 22) versichern auf das Bestimmteste, dass Sir Morell die Geschwulst nicht für Krebs gehalten habe. Prof. v. Bergmann führt zur Bestätigung dessen sogar an, dass Sir Morell ihm gesagt: „Ich bin überzeugt, wenn nicht Ihr Interesse für den geliebten Kronprinzen Sie beherrschte, bei einem gewöhnlichen Patienten Ihrer Klinik, Sie gar nicht an Carcinom in diesem Falle denken würden." Das ist in der That unzweideutig genug. Ausserdem heisst es im „British Medical Journal" vom 18. Juni, Vol. I., 1887, p. 1345, unter ausdrücklicher Berufung auf Sir Morell selbst: „Vom klinischen Standpunkte aus ist Dr. Mackenzie der Ansicht, dass die Neubildung ganz und gar nicht (!) das Aussehen der Bösartigkeit hat."

Dem gegenüber sagt Sir Morell Mackenzie in seiner eigenen Schrift (l. c S. 7), er habe erklärt: „Dass in dem Aussehen des Gewächses nichts Charakteristisches sei, und dass daher ohne eine eingehendere Untersuchung es ganz



[illegible] Erklärung bezüglich der Natur desselben abzugeben." [illegible] Ich sagte nicht, sie (d. h. die Geschwulst) sei [illegible] Ansicht sei „nicht erwiesen", und in der Ab[illegible] [illegible] weigerte ich mich etc. etc."

[illegible] unvereinbaren Schilderungen bitten wir unsere [illegible] der Pall Mall Gazette (S. 263) nachzuschlagen. [illegible] den Interviewer zu der Erklärung: der Kronprinz [illegible] werden, ausser wenn ein durchaus unwahrscheinliches [illegible] noch nicht erfolgtes Ereigniss (nämlich: die Umwand[illegible]

[illegible] stimmt vollständig mit den Darstellungen der deutschen [illegible] Med. Journal überein, denen zufolge Mackenzie die Ge[illegible] [illegible] Krebs hielt, denn in diesem Falle konnte er allerdings eine [illegible] Wahrscheinlichkeit versprechen. Sie stimmt aber nicht über[illegible] [illegible] Mackenzie's eigener Darstellung seiner Haltung in Berlin. [illegible] dass er keine Heilung versprechen konnte und durfte, [illegible] war, dass die Krebsdiagnose nur „nicht erwiesen" sei.

[illegible] hat sich also hier in einen Widerspruch mit sich selbst gesetzt. [illegible] einen Ausweg darin suchen, dass er sagte: zwischen seine [illegible] in Berlin und diejenigen dem Pall Mall Gazette-Interviewer gegen[illegible] [illegible] günstigen Gutachten Prof. Virchow's.

[illegible] Ausrede aber wälzte er nicht nur die dem Kliniker gebührende [illegible] auf die Schultern des pathologischen Anatomen, sondern verläug[illegible] [illegible] seine eigenen früheren Traditionen, die der mikroscopischen Unter[illegible] [illegible] anfänglich gar keinen, späterhin nur einen bedingten Werth zuerkennen [illegible]

[illegible] diese beiden Punkte weiterhin mehr; hier nur soviel, dass uns der [illegible] gelegte, innere Widerspruch zwischen seinen Aeusserungen selbst bei [illegible] des erwähnten Auswegs nicht gelöst erscheint.

[illegible] ist die Art und Weise überzeugend, wie Sir Morell den [illegible] Argumenten der deutschen Aerzte gegenüber seinen Widerspruch verthei[illegible] [illegible] hier hätte man positive, wissenschaftliche Stützpunkte für seine [illegible] dürfen. „Nicht charakteristisches Aussehen" ist eine schwächliche [illegible] gegenüber der Geschichte des Falles, dem Alter des Patienten, dem [illegible] der Geschwulst, vor allem der Schwerbeweglichkeit des Stimmbandes. Auch [illegible] lauten die Versionen verschieden: Prof. Gerhardt zufolge hat Si[illegible] [illegible] als er auf letztgenannten Punkt aufmerksam gemacht wurde, gesag[illegible] [illegible] „Ich sehe das nicht." In seinem eigenen Bericht dagegen sag[illegible] [illegible] Morell [illegible] S. 7): „Das afficirte Stimmband bewegte sich nicht mit der [illegible] wie das Stimmband auf der rechten Seite, da die Bewegun[illegible] [illegible] durch den daran befindlichen Auswuchs behindert wurde, welche[illegible] [illegible] dass die zwei Stimmbänder in derjenigen Weise zusammen[illegible] [illegible] erforderlich ist, um einen hellen artikulirten Ton hervorzubringen."

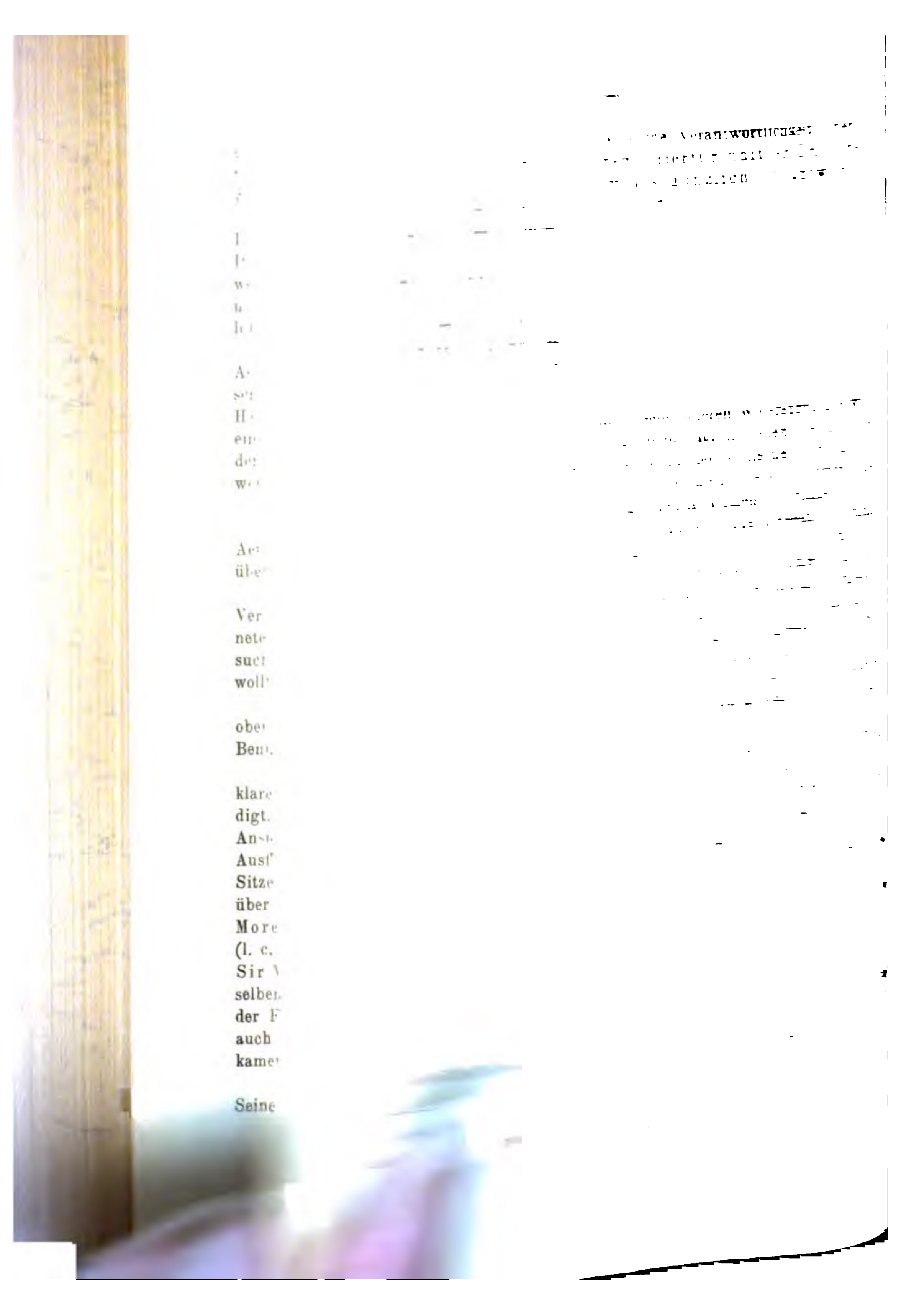
[illegible] hat er jedenfalls dies wichtige Symptom bereits in Berlin gesehe[illegible] [illegible] desselben ist offenbar nur auf das grosse Publikum berechne[illegible]

jeder erfahrene Laryngolog weiss, dass selbst grosse gutartige Neubildungen die „Bewegung der Fasern“ an sich nicht behindern, wenn sie auch bei gewissen Lagen den Glottisschluss bisweilen mechanisch zu verhindern vermögen. Wenn Sir Morell in der Schwerbeweglichkeit des linken Stimmbandes im vorliegenden Falle, während das Gewächs seiner eigenen Beschreibung nach (l c. S. 6) nur etwa „die Grösse einer gespaltenen Erbse hatte“, nichts „Charakteristisches“ sah, so ist es in der That nicht leicht zu sehen, was er bei Stimmbandkrebsen dieser Grösse überhaupt als „charakteristisch“ anerkennen will! — Es erscheint uns kaum denkbar, dass einem so erfahrenen Laryngologen nicht eigene, frühere Erfahrungen die schwerwiegende Bedeutsamkeit dieses Symptoms im vorliegenden Falle ins Gedächtniss zurückgerufen und dauernd schwere Besorgnisse in ihm wachgehalten haben sollten! — — — —

Andererseits kann nicht der geringste Zweifel darüber obwalten, dass, wenn Sir Morell wirklich nicht sicher über die Natur der vorliegenden Neubildung war, er durchaus Recht hatte, darauf zu dringen, dass der Versuch einer intralaryngealen Entfernung von Fragmenten behufs mikroscopischer Untersuchung gemacht würde. Denn so lange im Geiste eines Arztes, der einen höchst verantwortlichen Rath ertheilen soll, nur der geringste Zweifel über die Richtigkeit der Diagnose herrscht, ist es seine Pflicht, kein einziges Hülfsmittel unbenutzt zu lassen, das möglicherweise weiteres Licht auf die Natur des fraglichen Leidens werfen kann. Dass die mikroscopische Untersuchung in Fällen, wie dem vorliegenden, zu diesen Hülfsmitteln gerechnet werden muss, wird wohl auch von denjenigen nicht geläugnet werden, die für die ihr anhängenden Schattenseiten ein offenes Auge haben.

Zwischen der Benutzung einer Methode aber und ihrer masslosen Ueberschätzung liegt eine weite Spanne Weges und diese hat Sir Morell zweifelsohne, noch dazu mit Verläugnung seiner eigenen früheren Lehren, in diesem Falle übersprungen. Er selbst blickt auf ganz bestimmte, eigene Erfahrungen hinsichtlich des Werthes der mikroscopischen Untersuchung in diesen Fällen zurück. Er hat diesen Erfahrungen den denkbar unzweideutigsten Ausdruck gegeben und dieser Ausdruck war ein absolut absprechender! — Wenn auch spätere Erfahrungen vielleicht seine ungünstige Meinung einigermassen modificirt haben mögen, so konnten sie doch niemals seine früheren thatsächlichen Erfahrungen ungeschehen machen und der mildeste Richter wird, wenn er die beiden folgenden Citate mit einander vergleicht, nicht umhin können, dass sich Sir Morell Mackenzie in dieser Frage, die von so entscheidender Bedeutung für das Leben des Kronprinzen werden sollte, unglaublicher Inconsequenz schuldig gemacht hat:

Sir Morell Mackenzie. 1871. „Growths in the Larynx“, p. 36).	Sir Morell Mackenzie. 1888. („Pall Mall Gazette“, 15. Juni 1887).
„In diesen Fällen (es ist von der Differentialdiagnose zwischen bösartigen und gutartigen Kehlkopfgeschwülsten	„Dr. Mackenzie hat hinsichtlich der Natur der Geschwulst keine Verantwortlichkeit übernommen, und will



ler äusseren Wucherungen in jenem Falle — S. 83 des deutschen Berichts — zu vergleichen!)

„Die excessive Wucherung der Neubildung in diesem Falle deutete darauf hin, dass dieselbe anderer als gutartiger Natur sei, und ihre mikroscopische Untersuchung illustrirt die enorme Schwierigkeit, zu genauen Schlüssen hinsichtlich der Histologie dieser Geschwülste zu kommen, selbst wenn die Neubildung in toto zur Untersuchung kommt. Das Gebilde wurde von mehreren eminenten Mikroskopikern untersucht und wurde anfänglich für ein einfaches Papillom gehalten. Bei einer anderen Untersuchung wurde gefunden, dass sich fibröses Gewebe entwickelt hatte; und die Neubildung wurde nunmehr für fibrocellulär erklärt. Noch später entdeckte mein Bruder, Mr. Stephen Mackenzie, einige nestartig angeordnete (nested) Zellen (Paget's „laminated capsules"). Eine derselben ist auf Taf. 1, Fig. 8 abgebildet und in Folge der enormen Wichtigkeit dieses Elementes muss der Fall unzweifelhaft in die Kategorie der carcinomatösen Geschwülste eingereiht und als Epitheliom angesehen werden. Die ganze Oberfläche der Geschwulst war mit Papillomen bedeckt. Die Thatsache, dass sie während des Lebens als gutartig angesehen und behandelt wurde, hatte mich dazu geführt, in diese Fälle einzuschliessen und da ich dies gethan hatte, ehe wiederholte mikroscopische Untersuchungen irgend welche krebsige Elemente zu entdecken vermocht hatten[1]), hielt ich es nicht für fair, sie später auszuschliessen."

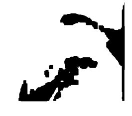
Muss nicht den Leser ein bitteres Gefühl beschleichen, wenn er sieht, dass Autor mit solchen eigenen Erfahrungen nach dem ersten Bericht Virchow's über das erst entfernte winzige[2]) Fragment an den Herausgeber Deutschen Revue schreiben konnte: „Ich bin sehr erfreut, Ihnen mittheilen können, dass durch die mikroscopischen Untersuchungen Prof. Virchow's vollkommen festgestellt ist, dass die Krankheit nicht der Krebs war."?

Selbst wenn Sir Morell seine früheren Ansichten über den Werth der mikroscopischen Untersuchung bedeutend modificirt hatte, selbst wenn er Prof. Virchow's Gutachten weit über diejenigen aller Pathologen stellte, die ihm in anderen Fällen assistirt hatten, selbst wenn er die klinische Diagnose seiner Collegen als „nicht erwiesen" betrachtete, so mussten ihn seine eigenen Erfahrungen darüber belehren, dass nunmehr die Sachlage höchstens die war, dass dem negativen Ergebniss der mikroscopischen Untersuchung eine Stütze für Widerstand gegen die sofortige Vornahme der Radicaloperation gefunden Weiter durfte er unter keinen Umständen gehen. Und hätte er in dem Gefühl des Triumphes über die anscheinende Bestätigung seiner optimistischen wirklich für den Augenblick seiner eigenen früheren Erfahrungen vergessen, so hätten die nicht zufällig gerade zu jener Zeit publicirten, durch triftige Gründe veranlassten, wohlmeinenden Warnungen Mr.

---

[1]) Die gesperrt gedruckten Worte dieses Citats sind im Original nicht gesperrt gedruckt.

[2]) Vgl. Berliner klin. Wochenschrift, 1887, S. 877.



Butlin's und des Herausgebers des Centralblatts (vgl. Centralblatt V, S. 132 ff.), sowie die ausdrückliche Warnung Virchow's selbst (Berliner klin. Wochenschrift, No. 47, 1887), dass sich aus den beiden exstirpirten Stücken mit Sicherheit nicht ersehen liesse, ob das „prognostisch sehr günstige" Urtheil, das über die gesunde Beschaffenheit der Gewebe an der Schnittfläche gefällt wurde, „in Bezug auf die gesammte Erkrankung berechtigt wäre" — wohl Beachtung von seiner Seite verdient! —

Aber wie früher die warnenden Zeichen des klinischen Verlaufs und Befundes, so wurden jetzt und später die pathologischen Mahnungen zur Vorsicht ignorirt, und Sir Morell klammerte sich nur an diejenigen Aeusserungen des Pathologen, die als Bestätigungen seiner eigenen Ansicht gedeutet werden konnten.

Es wird hier unsere sehr unerfreuliche, aber im Interesse der Gerechtigkeit unumgängliche Pflicht, unser Bedauern darüber auszusprechen, dass Prof. Virchow bei der Abgabe seiner Gutachten sich mehrfach von seinem warmen, menschlichen Interesse für den hohen Patienten hat fortreissen lassen, formell wenigstens, die scharfgezogene Grenze zu überschreiten, die unserer tiefsten Ueberzeugung nach für den Pathologen in diesen Fällen existirt:

„Der pathologische Anatom kann nur eine Meinung über das ihm unterbreitete Fragment und nicht über die Krankheit geben, an welcher der Patient leidet, ausser wenn er in diesem Fragment positive Anzeichen einer bösartigen Neubildung entdeckt. Angesichts des immerhin auf ein Ungefähr angewiesenen Charakters der intralaryngealen Entfernung, der Thatsache, dass Neubildungen ganz und gar nicht gleichförmig in ihrer Structur zu sein brauchen, des Factums, dass bisweilen papilläre Auswüchse von einer epitheliomatösen Basis entspringen etc. etc., kann das entfernte Stück ohne jede Beweiskraft für den wahren Charakter des Leidens sein, und ist es in der That oft nicht."

So schrieb der Verfasser dieses Artikels, noch ehe ein einziges der Virchow'schen Gutachten veröffentlicht worden war (vgl. Brit. Med. Journal, 4. Juni 1887 und Centralblatt, Jahrg. V, S. 135) und an dieser Ansicht muss er noch heute ohne die geringste Modification festhalten.

Es kann leider nicht in Abrede gestellt werden, dass Prof. Virchow — in der Form wenigstens — weiter gegangen ist. Wohl wird Niemand einen Augenblick zweifeln, dass seine bezüglichen Aeusserungen nur von den humansten Gefühlen dictirt waren, wohl hat er, wie unser obiges Citat zeigt, selbst vor einer Ueberschätzung, vor einer Verallgemeinerung seiner günstigen Schlüsse gewarnt, sicherlich hat er Sir Morell Mackenzie keine Veranlassung dazu gegeben, die ganze Verantwortlichkeit auf seine Schultern zu wälzen. Aber ebensowenig scheint uns ein Zweifel darüber obwalten zu können, dass Aeusserungen wie: „Obwohl diese Stelle eine sehr ausgeprägte Erkrankung erlitten hat, so ergiebt doch die gesunde Beschaffenheit der Gewebe an der Schnittfläche ein prognostisch sehr günstiges Resultat [1])"..... „Jedenfalls ist an denselben (den beiden exstirpirten

[1]) Zweites Gutachten. Vgl. Berliner klin. Wochenschrift, 1887, S. 878.

Stücken, auf welche sich das erst mitgetheilte Citat bezieht) nichts vorhanden, was den Verdacht einer weiteren und ernsteren Erkrankung hervorzurufen geeignet wäre [1])." .... „Das excidirte Stück hat sich daher in noch höherem Grade, als die bei der vorletzten Operation gewonnenen, als eine, von einer mässig gereizten und verdickten Oberfläche ausgegangene, harte zusammengesetzte Warze ergeben, und die Basis derselben hat auch nicht den entferntesten Anhalt für die Annahme einer in das Gewebe eindringenden Neubildung geliefert" .... ferner die schon von v. Bergmann (l. c. S. 25) citirte Stelle aus dem Vortrage über „Pachydermia laryngis" — wohl dazu verwerthet werden konnten, wie sie es thatsächlich worden sind, die Diagnose des pathologischen Anatomen über dasjenige Maass hinaus auszudehnen, welches sie beanspruchen konnte und die Stellung desjenigen, der klinisch optimistische Ansichten verfocht, auch anatomisch zu befestigen.

Ueber die histologischen Thatsachen selbst ist nichts weiter zu sagen, als dass es sich offenbar um eine jener Mischgeschwülste gehandelt hat, von denen uns Virchow im ersten Bande seiner „Krankhaften Geschwülste" (S. 348) eine so meisterhafte Schilderung gegeben hat. Gegen die Annahme zweier gleichzeitig und unabhängig von einander bestehenden gutartigen und bösartigen Neubildungen sprechen auf das Entschiedenste die laryngoscopischen Befunde zu den verschiedensten Zeiten.

Ein paar Worte sind an dieser Stelle über die unerquickliche Episode der Verletzung des gesunden, rechten Stimmbandes bei der intralaryngealen Operation vom 23. Mai erforderlich. Hinsichtlich der verschiedenen Schilderungen derselben verweisen wir auf die Originalberichte (S. 9 des deutschen, S. 13 des englischen Berichts). Uns ist es nicht zweifelhaft, dass eine Verletzung, welche von vier unabhängigen, zuverlässigen Beobachtern (Gerhardt, v. Bergmann, Tobold, Landgraf) bezeugt wird, in Wirklichkeit zugefügt worden ist, und Sir Morell Mackenzie's theoretische, gegentheilige Auseinandersetzungen (l. c. S. 14) haben uns ganz und gar nicht zu überzeugen vermocht. Denn was er von der Unmöglichkeit sagt, mit seiner Zange eine glatte Oberfläche zu verletzen, gilt nur für den Fall, dass die Zange sich bei der Operation mathematisch genau in der Mittellinie der Glottis und parallel zur Sagittalebene des Körpers befindet. Weicht sie aber nur um ein Geringes von derselben nach rechts oder links in der Weise ab, dass sich der unterhalb der Krümmung gelegene Theil des Instruments zur einen, der oberhalb der Krümmung gelegene zur anderen Seite der Sagittalebene befindet, während gleichzeitig in Folge geringer Hebung oder Senkung des operirenden Arms die im Niveau der Glottis befindliche Spitze eines der beiden schneidenden Löffel, in welche die Zange ausläuft, etwas höher steht, als die des anderen, so ist eine Verletzung der Stimmbänder durchaus nicht so unmöglich, wie Sir Morell sie darstellt. Man kann sich hiervon leicht experimentell am todten Kehlkopf überzeugen und wird dann auch sehen, dass die in der Beschreibung ziemlich complicirt klingenden, zum Zustandekommen einer Verletzung nothwendigen Vorbedingungen in Wirklichkeit leicht genug zusammentreffen können.

Während wir aber sowohl glauben, dass Sir Morell das rechte Stimmband verletzt hat, wie es auch ganz begreiflich finden, dass die deutschen Aerzte der

[1]) l. c. S. 272.

Thatsache in ihrer Brochüre Erwähnung thun, da es für sie darauf ankam (l. c. S. 25) zu motiviren, warum sie „das Vertrauen, das sie zu seiner Berufung veranlasst hatte, verloren hatten“, und weil die „Unzuverlässigkeit seiner Manipulationen im Kehlkopf des Kronprinzen“ hierbei natürlich eine Rolle spielte, — so müssen wir doch andererseits gestehen, dass unserem Gefühl nach aus diesem Missgeschick etwas zu viel gemacht worden ist! — Auch dem besten Operateur kann ein derartiges, an sich nicht bedenkliches Malheur bei intralaryngealen Operationen begegnen, und wenn man Sir Morell Mackenzie weiter nichts vorzuwerfen hätte, als diesen, an sich ja gewiss sehr bedauerlichen Missgriff, so würden wir sicherlich nicht ein Verdammungsurtheil abgeben. Die Episode hätte wohl mit ein paar Worten abgemacht werden können: wie sie jetzt berichtet ist, lenkt sie nur die Aufmerksamkeit von viel wichtigeren und viel gravirenderen Punkten ab.

Zum Schlusse dieses Abschnitts erübrigt noch, der ärztlichen Vereinbarungen zu gedenken, unter welchen der Kronprinz nach England ging, da man den deutschen Aerzten nachträglich vielfach den Vorwurf gemacht hat, sie seien zu dieser Zeit nicht energisch genug aufgetreten, und da Sir Morell Mackenzie selbst die erstaunliche Kühnheit hat, jetzt in seinem Buche zu behaupten (l. c. S. 19), dass „seine Collegen seine Verantwortlichkeit theilten“.

Es ist uns unmöglich zu sehen, wie die deutschen Aerzte correcter Weise anders handeln konnten, als sie gethan haben. Sie hatten die richtige Diagnose so frühzeitig als möglich gestellt und die schonendste Form der Radicalbehandlung proponirt. Ihre klinische Diagnose aber war bestritten worden, und die histologische Untersuchung hatte — anscheinend wenigstens — die Behauptungen ihres Gegners unterstützt. Was sollten sie denn nun thun? Sir Morell Mackenzie antwortet (l. c.): „sich offen von mir lossagen und einen separaten Bericht erstatten.“ Der „separate“ Bericht ist für jeden, der nicht Wortklauberei treibt, erstattet worden, denn in der Consultation vom 25. Mai erklärte v. Bergmann ausdrücklich, dass er die Geschwulst für eine bösartige Neubildung halte, während Gerhardt's und Tobold's Vota auf das Gleiche hinauskommen. (Vgl. den deutschen Bericht, S. 11.) Das „Sich-offen-von-mir-lossagen“ aber hätte mit anderen Worten geheissen: den Kronprinzen bedingungs- und rettungslos einem Arzte anzuvertrauen, zu dem die Collegen, die ihn berufen, das Vertrauen „vollständig verloren hatten!“ —

Für uns ist es ein viel höherer Beweis sittlicher Ehre, dass die deutschen Aerzte mit Hintenansetzung jeglicher Eigenliebe im Interesse ihres Patienten noch zu retten versuchten, was voraussichtlich möglich war, als dass sie sich feierlich von Sir Morell losgesagt und damit einen fürchterlichen Skandal provocirt hätten, der doch aller Wahrscheinlichkeit nach keine für den Patienten nützlichen Folgen gehabt hätte. Denn selbst wenn dann noch der eine oder andere Specialist berufen worden wäre und sich ihrer Ansicht angeschlossen hätte, so hätte derselbe doch voraussichtlich keine anderen Argumente brauchen können, als die bereits in's Feuer geführten, und das wäre zu der Zeit angesichts der Verwerthung, welche das Gutachten Virchow's bereits gefunden, beinahe sicher nutzlos gewesen. Es lässt sich zwischen den Zeilen des deutschen Berichtes über den Beschluss der Reise des Kronprinzen nach England (Ss. 14, 15, 27, 28) vieles herauslesen!

Die deutschen Aerzte thaten daher unserer Ueberzeugung nach Alles, was sie der ohne ihr Zuthun beschlossenen Sache gegenüber thun konnten, indem sie die Wünsche aufstellten (ebend. Ss. 15 u. 28):

1. „es solle Ueberwachung durch einen der Laryngoscopie kundigen deutschen Arzt stattfinden;"
2. „die Behandlung des Herrn Mackenzie solle sich so weit erstrecken, als er selbst angegeben, bis die Geschwulst sich als bösartig erweise nach mikroscopischer Untersuchung eines Stückes oder sonst (!). Zu dem Zwecke sollten etwa später herausgenommene Stücke an Virchow zur Untersuchung geschickt werden."

Auf welche Weise und durch wen die in Aussicht genommene und von dem hohen Patienten selbst gewünschte (l. c. S. 15) Begleitung Prof. Gerhardt's auf der Reise nach England in letzter Stunde vereitelt wurde, geht weder aus der deutschen noch aus der englischen Darstellung hervor. Eine spätere Zeit mag hierüber vielleicht Aufklärung erhalten. Die bezüglichen Insinuationen Sir Morell Mackenzie's („Friedrich der Edle", S. 115) richten sich selbst, und erhalten noch dazu eine eigenthümliche Beleuchtung durch die von ihm selbst angegebene Thatsache (ebendas. S. 20), dass er der Frau Kronprinzessin vor seiner Abreise aus Potsdam erklärt habe, er „lehne es ab, zukünftig mit Prof. Gerhardt in einem Consilium zusammenzutreffen, obwohl er durchaus keinen Wunsch besässe, zu verhindern, dass er den Hals des Kronprinzen untersuche, so oft Se. Kaiserl. Hoheit dies wünsche."

An Gerhardt's Stelle wurde Landgraf als laryngoscopischer Reisebegleiter dem Kronprinzen beigegeben.

Die dritte Periode, in welche wir nunmehr eintreten und welche den Aufenthalt des Kronprinzen in England und Schottland umfasst, ist an sensationellen Zwischenfällen die ärmste, sachlich aber unserer Ueberzeugung nach die wichtigste der ganzen Krankheit. Noch durfte man hoffen, durch die Radicaloperation, deren Natur freilich von Woche zu Woche, entsprechend dem Fortschreiten des Leidens, eine eingreifendere werden musste, des Uebels Herr zu werden, wenn sich die Diagnose der deutschen Aerzte trotz der bisherigen negativen mikroscopischen Ergebnisse bestätigen sollte. Sorgsamste Ueberwachung, peinlichste Genauigkeit in der Untersuchung waren daher auf's Dringendste geboten, um nicht kostbare Zeit zu verlieren. Alles aber kam darauf an, unter keinen Umständen den letzten Augenblick, in dem die Radicaloperation noch verhältnissmässig günstige Chancen dargeboten hätte, ungenützt vorübergehen zu lassen. Deutscher Seite hatte man gehofft, durch die erwähnten Abmachungen mit Sir Morell Mackenzie, sowie durch die von Landgraf auszuübende Controle einer solchen Versäumniss der letzten Aussicht auf Rettung vorgebaut zu haben. Allein man hatte sich getäuscht.

Im Augenblick der Ankunft des Kronprinzen in England erklärte Sir Morell, dass es für ihn „unmöglich sein würde, die Mitwirkung des Dr. Landgraf für die Durchführung der Details der von ihm vorgeschlagenen Behandlungs-

methode anzunehmen" („Friedrich der Edle, S. 24) und etablirte zunächst Herrn Dr. Norris Wolfenden, später Mr. Mark Hovell, als ständig bei dem Kronprinzen weilende Aerzte. Dr. Landgraf's Thätigkeit war somit „beschränkt auf die Erhebung des laryngoscopischen Befundes und die Erörterung der Bedeutung desselben mit seinem Vorgesetzten." (Deutscher Bericht, S. 29.) Ueber sonstige zur Beurtheilung des Krankheitsprocesses nothwendige Punkte, das Allgemeinbefinden, den Gang des Körpergewichts, Lymphdrüsenschwellungen, Schluckschmerzen u. A. konnte er kaum etwas Sicheres in Erfahrung bringen! (Ibidem). Eine laryngoscopische Untersuchung vorzunehmen, wurde ihm während der einundachtzig Tage, die der Hohe Patient in England und Schottland verweilte, achtmal gestattet! Zwischen mehreren dieser Untersuchungen lagen 14 tägige bis 3 wöchentliche Pausen! (l. c. Ss. 30 u. 31). Als der Kronprinz in Begleitung von Mr. Hovell nach Braemar ging, blieben die deutschen Aerzte des Kronprinzen in Edinburgh und Aberdeen zurück! Mit welchem Uebermuthe Dr. Landgraf behandelt wurde, erhellt aus der Angabe des Herrn Wolfenden („Friedrich der Edle", S. 30), dass er dem zur Controle mitgegebenen deutschen Arzt „gestattete", den Hals des Kronprinzen zu untersuchen, so oft derselbe dies wünschte! —

Darauf wurde die „Ueberwachung" reducirt, auf welche die ursprünglichen Rathgeber des Kronprinzen ihre Hoffnung gesetzt hatten! —

Zwei Dinge müssen an dieser Stelle hervorgehoben werden.

Dies Blatt ist ein „internationales"; sein Herausgeber lebt im Auslande; Niemand wird glauben, dass er sich zum Vertreter chauvinistischer Ansichten machen wird, die in der Wissenschaft noch unleidlicher sind, als in der Politik. Aber während wir die Ausfälle eines Theiles der deutschen Presse gegen Sir Morell Mackenzie in seiner Eigenschaft als „Engländer" auf's Tiefste bedauern, während wir rückhaltslos für das unzweifelhafte Recht jedes Patienten eintreten, sich seinen Vertrauensarzt unter den Aerzten irgend welcher Nation zu wählen, während wir sicher sind, dass jeder Deutsche, ob Arzt oder Nichtarzt, dem Ausländer, der das vermocht hätte, was deutsche Wissenschaft zu können ablehnte, nämlich dem Kronprinzen ohne eingreifendere Operation die Gesundheit wiederzugeben, innigste, dauerndste Dankbarkeit gezollt hätte — stehen wir andererseits nicht an zu sagen, dass die völlige Beiseiteschiebung der Aerzte des Heimathlandes des Kronprinzen, welche selbst im Auslande vielfach Befremden erregt hat, nicht umhin konnte, auf jedes deutsche Herz einen tiefschmerzlichen Eindruck zu machen. Und wenn dieses Gefühl an einigen Stellen in der deutschen Presse nicht sehr passenden, bisweilen direkt tadelnswerthen Ausdruck fand, so sei nicht vergessen, dass es im Grunde einer richtigen Empfindung seinen Ursprung verdankte! — Des Einen sind wir sicher: dass, wenn die Verhältnisse umgekehrt gelegen hätten, und ein deutscher Arzt die höchststehenden englischen Aerzte im Falle eines englischen Prinzen ähnlich zu behandeln gewagt hätte, wie Sir Morell Mackenzie und Dr. Norris Wolfenden die Vertreter deutscher Wissenschaft, sich in der medicinischen wie in der politischen Presse Englands ohne Unterschied der Partei ein solcher Sturm der Entrüstung erhoben haben würde, dass man der erregten öffentlichen Meinung würde haben Rechnung tragen müssen.

Und zweitens: Wir begreifen vollständig, dass sich ein Arzt, der einen Fall von der schwersten denkbaren Verantwortlichkeit übernimmt, in seinen Dispositionen nicht stören lassen will, am wenigsten von einem jüngeren, ihm unbekannten Arzte, der noch dazu der Assistent eines Mannes ist, den er für seinen Feind hält. Wenn also Sir Morell einfach die Assistenz Landgraf's abgelehnt hätte, so wäre das ganz erklärlich gewesen. Gleichzeitig aber musste, unserer Ansicht nach, gerade gegenüber der furchtbaren Verantwortlichkeit des Falles Sir Morell Mackenzie es in seinem eigenen Interesse wünschen und direkt beantragen, dass dem Vertreter seiner Gegner soviel Gelegenheit als irgend möglich gegeben würde, sich über den Gang der Sache durch eigene Beobachtung völlig auf dem Laufenden zu erhalten! Gestaltete sich dann später wider sein eigenes Hoffen der Verlauf ungünstig, so hatte er in dem Gegner selbst einen Zeugen für die Correctheit seines Vorgehens.

Kann nun aber irgend Jemand, der die obigen Daten über den in Wirklichkeit erlaubten Umfang von Landgraf's Thätigkeit, der die Originalberichte der beiden Parteien über jene Zeit gelesen hat, glauben, dass Sir Morell von solchen Anschauungen geleitet worden ist? — Auf uns machen beide Berichte im Gegentheil den Eindruck, dass Dr. Landgraf nur dann zugelassen wurde, wenn es aus gewissen Gründen gar nicht anders ging, oder wenn man ihm die glänzenden Resultate der intralaryngealen Eingriffe zeigen wollte, die während jener Zeit vorgenommen wurden. Man denke nur: acht laryngoscopische Untersuchungen in einundachtzig Tagen bei einem Falle von dieser Bedeutung! Und selbst dann noch wurde dem jungen Arzte, auf dessen Schultern eine so schwere, augenscheinlich von ihm klar empfundene Verantwortlichkeit ruhte, vorgeworfen (deutscher Bericht, S. 33): er gebrauche zu viel Zeit zum Kehlkopfspiegeln! — —

Der Landgraf'sche Bericht schweigt völlig über die Gründe der Seltenheit der Controluntersuchungen, der Mackenzie'sche will, soweit wir zu urtheilen vermögen, zwischen den Zeilen zu verstehen geben, dass diese Seltenheit durch die technische Ungeschicklichkeit des Untersuchenden bedingt worden sei, von welcher Sir Morell überhaupt allerorten mit der grössten Verachtung spricht. Wir würden eine solche Erklärung ganz und gar nicht acceptiren können. Abgesehen davon, dass es geradezu undenkbar ist, dass man in Berlin einen Arzt zur Controle gewählt hätte, welcher „noch nicht die Anfangsgründe seiner Kunst gelernt hatte“ (Friedrich der Edle, S. 115); abgesehen davon, dass es unmöglich ist, dass jemand, der nicht ordentlich zu laryngoscopiren versteht, einen so präcisen und überzeugenden Bericht über ein progressives Kehlkopfleiden schreibt, wie es der Landgraf'sche, nicht nur nach unserer eigenen Ueberzeugung, sondern nach der aller Laryngologen von Fach ist, mit denen wir über diesen Gegenstand Meinungen ausgetauscht haben — scheint Sir Morell gar nicht zu wissen, dass Dr. Landgraf, bereits ehe er zur Dienstleistung beim Kronprinzen kommandirt worden war, eine Arbeit über „Catheterismus der grossen Luftwege“ veröffentlicht hatte („Berl. klin. Wochenschr., No. 6, 1887“), die von einem ganz ungewöhnlichen Grade technisch-laryngoscopischen Geschicks des Verfassers Zeugniss ablegt. Uns glauben machen zu wollen, dass ein

solcher Mann nicht zu laryngoscopiren verstünde, ist einfach lächerlich. Dr. Landgraf mag nicht zu jenen Laryngoscopikern gehören, die das höchste erreichbare Ziel specialistischen Ehrgeizes darin sehen, mit einem Blick in den Spiegel sich befriedigt zu erklären und den Patienten in ehrfurchtsvollem Staunen über die Geschicklichkeit und das Wissen des Untersuchenden zurückzulassen; er mag wohl durch die Gründlichkeit seiner Untersuchungen das eine oder andere Mal den hohen Patienten ermüdet, ihm vielleicht sogar vorübergehende Unbequemlichkeit verursacht haben, aber gegenüber dem, was auf dem Spiele stand, wäre oberflächliche Untersuchung eine Pflichtverletzung gewesen und Jedermann, dem die wahren Interessen des Kronprinzen am Herzen lagen, wird nicht zweifeln, dass die positiven Ergebnisse von Landgraf's Untersuchungen mit noch ganz anderen Opfern als denen temporärer Ermüdung nicht zu theuer erkauft worden wären!

Denn in diesen Ergebnissen war die Möglichkeit enthalten, den Kronprinzen noch zu retten, eine Möglichkeit, die durch Sir Morell Mackenzie's Verhalten während des Aufenthaltes des Kronprinzen in England und Schottland vereitelt worden ist!

Wir kommen hier zum Cardinalpunkt aller der Fragen, die sich um des Hohen Patienten Krankheit ranken.

Noch bei Lebzeiten des Kaisers war es nämlich gelungen, durch das masslose Aufheben, dass man von einigen der chirurgischen Zwischenfälle gemacht hatte, die Aufmerksamkeit von denjenigen Punkten fast gänzlish abzulenken, um die es sich in Wirklichkeit handelt. Man stritt sich darum, ob Bramann den Einschnitt in die Trachea ein paar Millimeter zu weit nach rechts gemacht habe. Die Canülenfrage lieferte Stoff zu den erbittersten Discussionen; die Ereignisse des 12. April spalteten die ganze Welt in zwei Lager, von denen das eine auf v. Bergmann, das andere auf Sir Morell Mackenzie schwur. Als dann nach dem Hinscheiden des Kaisers der deutsche Bericht veröffentlicht wurde, und man von der Verletzung des rechten Stimmbandes durch Sir Morell las, erhob sich ein neuer heftiger Zwist darüber, ob es denkbar sei, dass ein so vorzüglicher Operateur ein solches Versehen machen könnte? —

Als ob an diesen Dingen Alles gelegen gewesen wäre! — Als ob, selbst wenn Alles richtig wäre, was in diesen Beziehungen behauptet worden ist, das an dem endlichen Schicksal des Kaisers irgend etwas geändert hätte! —

Nein, nicht in diesen unnatürlich aufgebauschten Dingen liegt der Kernpunkt der menschlichen, medicinischen, ethischen Räthsel, die sich um die Krankheit Kaiser Friedrich's III. schlingen, sondern in den zwei einfachen Fragen: War der Hohe Patient unrettbar verloren? Und wenn nicht: Sind ihm alle Chancen zu seiner Rettung geboten worden, die sich nach menschlichem Ermessen in seinem Falle ergaben?

Selbst die entschiedensten Gegner der Radicaloperation werden die erste Frage nicht bejahend beantworten können. Die einfache Thatsache, dass eine Reihe von Patienten lebt, denen vor Jahren wegen unzweifelhaften Kehlkopfkrebses der ganze oder halbe Kehlkopf entfernt worden ist, lässt keine Discussion

darüber zu, dass das Larynxcarcinom nicht mehr jene unfehlbar tödtliche Krankheit ist, die es vor zwanzig Jahren war. Natürlich bieten nicht alle Fälle gleiche Aussichten: im Gegentheil, wahrscheinlich eignet sich nur die Minderzahl zur Operation. Es kann aber nicht der mindeste Zweifel darüber obwalten, nicht nur dass der Fall des Kronprinzen zu dieser Minderzahl gehörte, sondern dass die Aussichten in seinem speciellen Falle so günstige waren, wie vielleicht in keinem früheren!

Die Gründe für diese Behauptung sind:

1. Es handelte sich um einen vollkräftigen Körper von riesenstarker Constitution. (Deutscher Bericht, S. 8.)
2. Die Natur der Geschwulst war zu einer ganz ausnahmsweise frühen Periode erkannt, so dass einerseits constitutionelle Erscheinungen vollständig fehlten, andererseits die beabsichtigte Operation zur Zeit, als sie vorgeschlagen wurde, sich voraussichtlich auf einen verhältnissmässig unbedeutenden Eingriff hätte beschränken können.
3. Die Geschwulst sass so günstig als möglich: am Stimmbandrande; in jedem Falle war sie derzeit vollständig auf das Kehlkopfinnere beschränkt.
4. Es handelte sich um ein verhornendes Epitheliom, diejenige Krebsform, welche nach allen bisherigen Erfahrungen die besten Chancen mit Bezug auf Recidive giebt.
5. Dem Hohen Patienten stand die bewährteste chirurgische Hülfe, wie sonst aller Comfort, der die Aussichten einer Operation zu verbessern vermag, zur Verfügung.

Es kann nach alledem nicht bezweifelt werden, dass die blosse Diagnose „Krebs“ im Falle des Kronprinzen nicht gleichbedeutend mit dem Verdict „Tod“ war.

Wir kommen nun zur zweiten Frage: Sind dem Hohen Patienten alle Chancen zur Rettung geboten worden, die sich nach menschlichem Ermessen in seinem Falle ergaben?

Diese Frage müssen wir leider nach reiflichster, gewissenhaftester Erwägung verneinend beantworten.

Aus den obigen Ausführungen geht hervor, dass im Mai sehr berechtigte Aussichten für Rettung vorhanden waren und dass die ursprünglichen Rathgeber dieselben nicht ungenutzt vorüber gehen lassen wollten. Es ist eine unbestreitbare Thatsache, dass Sir Morell Mackenzie's Widerspruch damals den hohen Kranken dieser Chancen beraubt hat.

Aber wir sind weit entfernt davon, Sir Morell aus dem blossen Factum einen Vorwurf zu machen. In zwei innerlich durchaus verschiedenen Weisen war es möglich, den Widerspruch zu rechtfertigen.

Wenn Sir Morell Mackenzie im Mai in Berlin dem Hohen Patienten gesagt hätte: „Kaiserliche Hoheit! Ich bedaure, der Diagnose meiner deutschen Collegen beitreten zu müssen, kann aber ihre operativen Pläne bei sorgfältiger Erwägung aller Eventualitäten Ihres speciellen Falles nicht unterstützen“

— und wenn er dann alle diejenigen Gründe gegen die Operation, die Gründe für nur palliative Behandlung entwickelt hätte, die sich jetzt in seinem Buche finden, — so hätte man, selbst vom Standpunkt des begeistertsten Anwalts der Operation, eine derartige Anschauung wohl im Interesse des Kronprinzen bedauern und lebhaft bekämpfen können: es würde sich aber vom ethischen Gesichtspunkte aus auch nicht der geringste Vorwurf gegen Sir Morell haben erheben lassen, denn jedem Arzte muss das Recht gewahrt bleiben, denjenigen Standpunkt zu vertreten, den er bei Berücksichtigung aller Umstände nach bestem Ermessen für den empfehlenswerthesten in dem individuellen Falle hält.

Diesen Standpunkt nun, den der blossen Opposition gegen die Radicaloperation, hat Sir Morell nicht eingenommen: für ihn war die Diagnose der deutschen Aerzte „nicht erwiesen“ genug, um auf dieselbe hin energische Eingriffe zu begründen, und obwohl — wie schon oben erwähnt — vom rein laryngologischen ebenso wie vom allgemein klinischen Standpunkt es schwer zu sehen ist, worauf er seinen klinischen Widerspruch stützte, so wird man, ganz generell gesprochen, dem Einwande eines vielerfahrenen Mannes, dass der Beweis der Malignität für ihn noch nicht genügend erbracht sei, zumal wenn dieser Einwand durch das negative Resultat der mikroskopischen Untersuchung gestützt wird, eine gewisse Berechtigung nicht versagen können.

Aber nun lag die Sache so:

1. Den positiven Thatsachen des klinischen Verlaufes und des damaligen Befundes (vgl. S. 266) standen nur das negative „nicht charakteristisch“ Sir Morell's und der negative Befund Prof. Virchow's gegenüber. Die Entscheidung war also nur vertagt.

2. Der Kronprinz vertraute sich Sir Morell Mackenzie nicht aus dem Grunde an, dass er, obwohl von der Richtigkeit der Krebsdiagnose überzeugt, unter allen Umständen die Radicaloperation zu vermeiden wünschte, sondern weil er hoffte, dass die optimistische Anschauung Sir Morell's sich bestätigen würde! Dies geht ganz unzweideutig aus seiner von Sir Morell selbst citirten, erst am 6. November gethanen Frage (l. c. S. 34) hervor: „Ist es Krebs?“ — Bis dahin resp. bis kurz vorher (vgl. ibidem) also hatte er sich jedenfalls Illusionen über die Natur seiner Krankheit hingegeben, die von dem nunmehr verantwortlichen Arzt nicht gestört worden waren! —

Nun bringt Sir Morell in seinem Buche (l. c. S. 96) einen längeren Abschnitt über diesen Punkt, in welchem er sein Verhalten vertheidigt, den eigentlichen Kernpunkt der Frage aber auf das Geschickteste vermeidet. Er giebt u. a. an, dass er sofort erklären wolle, dass er niemals dem Kaiser plumperweise sagte: „Majestät, Sie leiden am Krebs, Sie sind ein verlorener Mann“. — Ja, das hat Niemand verlangt, und Niemand könnte eine so plumpe Mittheilung wünschen! — Aber die wirkliche Frage, die **Grundfrage** des ganzen Falles ist die: hat Sir Morell Mackenzie **jemals, ehe es zu spät war,** dem damaligen Kronprinzen, wenn auch schonend, so doch offen gesagt?: „Ew. Kaiserliche Hoheit, der Verlauf Ihres Leidens in der letzten Zeit lässt mich leider fürchten, dass die Hoffnungen, mit welchen ich an Ihren Fall herantrat, sich nicht bestätigen wer-

den, und dass die ernste Diagnose Höchstdero ursprünglicher Rathgeber die richtige gewesen ist. Ich halte es für meine offenbare Pflicht, Ihnen diese Mittheilung ganz unumwunden zu machen, weil, falls Ew. Kaiserliche Hoheit sich zu der Radicaloperation entschliessen wollten, keine Zeit mehr verloren werden darf.“

Wir gestehen, dass, als wir Sir Morell's Vertheidigungsschrift zur Hand nahmen, dies die Frage war, deren Lösung wir mit grösstem Interesse entgegensahen. Denn hätte Sir Morell so gesprochen, wie wir es eben skizzirt, hätte der Kronprinz damals schon die Radicaloperation, vielleicht selbst weitere Consultationen mit seinen ursprünglichen Rathgebern abgelehnt. und wären diese beiden Umstände unanfechtbarer Weise aus Sir Morell's Schilderung hervorgegangen, so fiel damit die schwerste Anklage gegen letzteren, und manches, was jetzt entweder direkt zur Verurtheilung herausfordert, oder wenigstens ganz unerklärt bleibt, hätte eine mildere Deutung zugelassen.

Es geht aber unglücklicher Weise aus Sir Morell's eigener Schilderung unzweifelhaft hervor, dass er **nie** so mit dem Kronprinzen gesprochen, und dass die erste Mittheilung über die Aenderung seiner eigenen Ansicht, die er dem Kronprinzen machte, erst auf dessen directe Frage am 6. November, d. h. zu einer Zeit erfolgte, wo zufolge den nur drei (resp. vier) Tage später stattgehabten Consultationsergebnissen, nur noch die totale Kehlkopfexstirpation in Frage kommen konnte! —

Es spitzt sich daher Alles auf die Frage zu: War die Natur des Falles zwischen dem 12. Juni, an welchem Tage der Kronprinz von Berlin abreiste, und dem 6. November, an welchem Sir Morell dem Kronprinzen auf seine Frage: „Ist es Krebs?“ seiner eigenen Aussage (l. c.) nach antwortete: „Ich bedauere, Kaiserl. Hoheit, sagen zu müssen, es sieht sehr danach aus, aber es ist unmöglich, darüber sicher zu sein“ — derart, dass Sir Morell Mackenzie bis zu letztgenanntem Datum berechtigt war, die Geschwulst als eine gutartige zu betrachten. die ursprünglichen Rathgeber, die seiner eigenen Behauptung nach (l. c. S. 19) seine Verantwortlichkeit theilten (!), fern zu halten, die Welt durch günstige Bulletins zu beruhigen, — oder hatte sich schon vorher die wahre Natur der Geschwulst so deutlich dokumentirt, dass sie für jeden erfahrenen Laryngologen, der nicht absichtlich seine Augen den Thatsachen verschloss, nicht länger zweifelhaft sein konnte?

Das ist in nuce die Frage, nach deren präciser Beantwortung wir in Sir Morell Mackenzie's Buch vergebens suchen. Was er an der genannten Stelle über die zweifelhafte Natur des Falles „in einem früheren Stadium“ und über die „Grundregeln der ärztlichen Praxis“, betreffend das Verhalten des Arztes dem Kranken gegenüber selbst bei begründetem Verdacht sagt, geht um die Sache herum. Hegte er schon früher „begründeten Verdacht“, so musste er im Interesse des Kranken zum wenigsten um ein erneutes Consilium mit den Aerzten nachsuchen, die ihn selbst ursprünglich berufen hatten. Kurz — mit derartigen Redensarten schafft man die obige ganz präcis zu stellende Frage nicht aus der Welt! —

Da nun bei Sir Morell selbst eine klare Antwort auf die Frage nicht zu

finden ist, müssen wir uns eine solche in dem Verlaufe des Falles zwischen den beiden genannten Daten suchen. Die betreffende Zeit muss aber sofort noch weiter eingeschränkt werden, da über die Periode vom Anfang September bis Anfang November nur ganz einseitige Berichte vorliegen, aus denen es selbst für den Erfahrensten schwer sein dürfte, sich ein bestimmtes Bild zu machen! Wir werden also somit wieder auf die Periode des Aufenthaltes des Kronprinzen in England und Schottland zurückverwiesen.

Eine je grössere Bedeutung der Bericht Landgraf's unter diesen Umständen anzunehmen beginnt, in um so eigenthümlicherem Lichte erscheinen Sir Morell's Versuche, denselben so sehr als möglich zu discreditiren! Ergab es sich aus Landgraf's Bericht mit Sicherheit, dass schon zu jener Zeit die bösartige Natur des Leidens nicht länger übersehen werden konnte, wenn man sie nicht übersehen wollte, so folgte hieraus, dass dem Kronprinzen die letzte Chance seiner Rettung gewissermassen mit offenen Augen entzogen worden war, und — welchen Motiven auch immer diese Handlungsweise ihren Ursprung verdankte — nach den Grundsätzen wissenschaftlicher Moral liess sich dieselbe nicht vertheidigen.

Denn welche Ansichten auch immer ein Arzt über die Räthlichkeit oder Unräthlichkeit einer Operation haben mag, er darf nie so weit gehen, dass er seinen Patienten durch Verschweigen des Sachverhalts der einzigen Chance der Rettung beraubt, nur weil er fürchtet, dass der Patient sich möglicherweise für die seiner eigenen Meinung entgegenstehende Ansicht entscheiden könnte!

Die Zulassung eines derartigen Grundsatzes würde den ärgsten Missbräuchen Thür und Thor öffnen! Wir selbst stimmen in Fällen wie dem vorliegenden vollständig Prof. v. Schroetter zu, wenn derselbe (Deutscher Bericht S. 41) sagt, dass das Verfügungsrecht nur dem Patienten zustehe, und dass er es nicht einmal für gerechtfertigt halten würde, auf den Entschluss desselben eine zu tiefe Ingerenz zu nehmen; dass man sich vielmehr vom ärztlichen Standpunkt aus darauf beschränken müsse, dem Patienten die volle Sachlage und die Chancen der verschiedenen Operationsverfahren klarzulegen. Das scheint auch uns das einzig Richtige. — Aber selbst wenn man so weit geht zuzugestehen, dass ein Arzt, der sich eine sehr bestimmte Ansicht über die Operationsfrage gebildet hat, nach seiner Darlegung der Sachlage dem Patienten einen Rath nach der einen oder anderen Richtung hin geben darf, so wird man doch jedenfalls fordern müssen, dass der Patient vor allen Dingen einen vollen Einblick in die Sachlage erhalte! Verschweigen ist einfach unerlaubt! —

Betrachtet man die Bedeutung von Landgraf's Bericht von diesem Standpunkt aus, so wird die Haltung Sir Morell Mackenzie's ihm gegenüber psychologisch durchaus begreiflich. Discreditirt musste der Bericht um jeden Preis werden: er war trotz seiner ruhigen Form gravirender als irgend ein anderer Abschnitt in der ganzen deutschen Brochüre! Das bequemste Mittel war, den Verfasser als einen bodenlosen Ignoranten in laryngoskopischer Beziehung dar-

zustellen; damit war dann für Diejenigen, die die betreffenden Angaben auf Treu und Glauben hin als correkt annahmen, natürlich der Werth des Berichtes selbst gerichtet.

Demgemäss giebt Sir Morell an nicht weniger als vier Stellen seines Buches (l. c. S. 20, 29 und 30, 43, 115 und 116) seiner tiefen Verachtung für Landgraf's laryngoscopische Schülerhaftigkeit Ausdruck, und lässt sich dieselbe noch ausserdem von Dr. Norris Wolfenden (l. c. S. 30) bestätigen.

Uns will erstens bedünken, dass dies etwas zu viel des Guten Jemandem gegenüber ist, von dem man glauben machen will, dass er gar keine Beachtung verdiene; zweitens contrastirt die Heftigkeit der Angriffe seltsam mit der affectirten Verachtung; drittens vermissen wir vollständig eine Widerlegung der sachlichen Mittheilungen Landgraf's.

Ehe wir aber auf diesen Punkt und auf Landgraf's Bericht selbst kommen, ist eine Beleuchtung des unerhörten Zeugnisses des Herrn Wolfenden um so nothwendiger, als aus derselben hervorgehen wird, zu wessen Gunsten Landgraf von der Behandlung ausgeschlossen wurde.

Dr. Wolfenden hat es nämlich für angemessen gehalten, seine Meinung über Dr. Landgraf in folgender Weise auszusprechen (l. c. S. 30):

„Ich sah niemals Dr. Landgraf für eine Person an, die man ernstlich nehmen könnte. Was immer er als Chirurg sein mag (davon weiss ich jedoch nichts), als Laryngoscopiker steht er sicherlich nicht höher, als ein Student im dritten Jahre, der gerade auf eine Klinik kommt. Seine laryngoscopischen Untersuchungen des Kronprinzen waren lange andauernd, bewiesen Unkunde und waren ausserordentlich ermüdend bis zu einem solchen Grade, dass der Kronprinz nach der zweiten Untersuchung in Norwood sich beklagte und mich fragte, ob er nicht mit Landgraf sprechen und denselben ersuchen sollte, nicht täglich seinen Hals zu untersuchen. Der Kronprinz fügte weiter hinzu, dass Dr. Landgraf's Untersuchungen ihn schmerzten und dass seine Art und Weise ihm zuwider sei. Ich hatte nicht das geringste Vertrauen zu der Genauigkeit von Dr. Landgraf's Beobachtungen, da er fortwährend sich einbildete, Dinge zu sehen, die nicht vorhanden waren, zu gleicher Zeit aber die deutlichsten Erscheinungen übersah. Trotzdem war ich ihm nie hinderlich und so oft er den Wunsch ausdrückte, den Hals des Kronprinzen zu untersuchen, gestattete ich ihm immer dies zu thun, bevor ich selbst irgend ein Arzneimittel anwandte."

Das erste Gefühl Jedermanns, der diese ausserordentliche Kundgebung liest, dürfte wohl der Wunsch sein, zu wissen, wer der Mann ist, der in dieser Weise ex cathedra die Reputation eines Collegen zu vernichten versucht, und zu erfahren, ob Alter, Stellung, Erfahrung, eigene Leistungen denselben überhaupt zur Abgabe eines Urtheils befähigen, resp. sein Zeugniss sachlich als von irgend welchem Werthe erscheinen lassen?

Folgendes ist die Antwort auf diese Frage, soweit dieselbe nach der uns zu Gebote stehenden Information gegeben werden kann.

Dem „Medical Directory" zufolge hat Dr. Wolfenden im Jahre 1880 sein erstes medicinisches Examen bestanden, seine Doctorprüfung im Jahre 1884 abgelegt. Bis zum Jahre 1886 — d. h. ein Jahr, bevor er mit Dr. Landgraf zu-

sammentraf — war sein Name laryngologisch absolut unbekannt. Ob er sich bis dahin jemals eingehender mit laryngologischen Dingen beschäftigt hat, vermögen wir nicht zu sagen: literarische Beweise dafür hat er jedenfalls nicht abgelegt.

Als im Frühjahr des Jahres 1886 mit Ausnahme von Mr. Mark Hovell sämmtliche Aerzte des Londoner „Throat Hospital“ von ihren Stellungen zurücktraten — über die Ursachen vgl. Centralblatt III. S. 32 — fanden sich einige Aerzte bereit, die vacanten Stellen einzunehmen. Zu diesen gehörte Dr. Wolfenden, der sofort zum „Senior Physician“ des Hospitals ernannt wurde, d. h. einen Titel erhielt, den der Natur der Sache nach sonst Aerzte erst nach vieljähriger Dienstzeit erhalten können. Seine Ernennung wurde am 29. Mai 1886 im British Medical Journal mitgetheilt.

Vorstehendes sagt genug über Alter, Stellung und Erfahrung des Arztes, der im November des folgenden Jahres den traurigen Muth hatte, ein Zeugniss. wie das citirte, abzugeben.

Was seine eigenen Leistungen anbetrifft, so hat er bereits im Laufe seiner kurzen laryngologischen Thätigkeit durch eigene Publicationen die Welt befähigt, sich über dieselben ein Urtheil zu bilden. Es genügt hierzu eine kurze Erinnerung an zwei, nach Abgabe seines Zeugnisses über Dr. Landgraf von ihm veröffentlichte Fälle.

1. In der Märznummer des „Journal of Laryngology“ von diesem Jahre schreibt Dr. Wolfenden einen Artikel über „Luftkropf und Tracheocele“, in welchem er über drei selbst beobachtete Fälle letzteren Leidens berichtet. Von diesen ist besonders der erste genau beschrieben und auch durch eine Abbildung illustrirt. Nun haben aber die Herren Dr. Krieg (Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 5, 1888) und Dr, Burckhardt (Württ. Med. Correspondenzblatt No. 13, 1888) über allen Zweifel nachgewiesen, dass es sich in dem betreffenden Falle überhaupt nicht um eine Tracheocele, sondern um eine Blutstauung in den Halsvenen gehandelt hat, welche veranlasst wurde durch einen substernalen Kropf, dessen Exstirpation Dr. Burckhardt erfolgreich vornahm! — —

2. In der Nummer vom 14. April des „British Medical Journal“ von diesem Jahre beschreibt Dr. Wolfenden einen Fall von „Perichondritis in Folge chronischer Laryngitis“, in welchem die Tracheotomie vorgenommen war und in welchem er eine neben der Tracheotomiewunde entstandene Geschwulst in dem Glauben anschnitt, dass ein „Abscess“ vorläge. Der Umstand, dass sich nicht Eiter, sondern „sero-sanguinolente Flüssigkeit“ aus der Incisionswunde entleerte, vermochte seinen Glauben augenscheinlich nicht zu stören, denn er beschreibt auch nach der Eröffnung die Geschwulst noch als „Abscess“. — In der nächsten Nummer des „British Medical Journal“ (21. April 1888) erklärt Dr. Felix Semon, in dessen Behandlung sich der Kranke mittlerweile begeben hatte, dem gegenüber, dass der Patient nicht an Perichondritis in Folge chronischer Laryngitis, sondern an Perichondritis in Folge von Kehlkopfkrebs litte und dass Dr. Wolfenden nicht in einen „Abscess“, sondern in die nach aussen wuchernde Krebsgeschwulst eingeschnitten habe. Daher habe sich auch kein Eiter, sndern sero-sanguinolente Flüssigkeit aus der Incisionswunde entleert. Letztere sei nie geheilt, die Tumefaction habe rasch zugenommen, und gegen-

wärtig stecke die Kanüle in einer ulcerirenden Krebsmasse. Die Diagnose sei durch mikroscopische Untersuchung eines entfernten Fragments über allen Zweifel sicher gestellt [1]). — Semon's schliessliches Anerbieten: Dr. Wolfenden Gelegenheit zu bieten, sich selbst von der Sachlage zu überzeugen, blieb unbenutzt, die Mittheilung selbst unwiderlegt! — — —

Wir sind mit Sir Morell Mackenzie's Zeugen für Dr. Landgraf's laryngoscopische Unfähigkeit fertig. —

Sir Morell selbst begnügt sich an der Stelle, wo für ihn Alles darauf ankäme, Dr. Landgraf's Bericht zu widerlegen (Controverse l. c. S. 115), mit einer Wiederholung seiner geringschätzigen Bemerkungen. Darin liegt freilich eine gewisse Consequenz, denn es giebt in der That gewisse Dinge, denen man zu viel Ehre anthut, wenn man sich die Mühe nimmt, sie ernsthaft zu widerlegen! — Ob aber Dr. Landgraf's Bericht zu diesen Dingen gehört, darüber mögen sich die Leser dieses Artikels aus der folgenden kurzen Recapitulation seiner laryngoscopischen Befunde selbst ein Urtheil bilden. Wir stellen denselben die Berichte Sir Morell Mackenzie's und seiner Assistenten über die gleiche Zeit gegenüber, weil gerade aus dieser Vergleichung sich derjenige Punkt ergeben wird, auf den es in der Krankengeschichte des Kaisers am meisten ankommt.

Vorausgeschickt muss das Ergebniss von Prof. Gerhardt's letzter Untersuchung (am 1. Juni) werden. Dasselbe lautet (Deutscher Bericht S. 11): „Die Geschwulst war grösser, immer noch von der Innenseite eiternd, nach hinten *tiefer* abgegrenzt gegen den Stimmknorpel hin, und hier griff die Unebenheit und Zerstörung, wie ich bestimmt sah, bereits auf die hintere Wand über, das linke Stimmband war wie früher weniger beweglich, als das rechte."

Eine zeitlich correspondirende Beschreibung Sir Morell Mackenzie's haben wir in seiner Schrift nicht auffinden können. Die Zeichnung vom 8. Juni (l. c. S. 16) kann natürlich der Gerhardt'schen Schilderung nicht entsprechen, da sie den Zustand der Dinge nach der inzwischen vorgenommenen Operation darstellen soll. Jedenfalls ist von Veränderungen an der hinteren Wand in derselben nichts zu sehen.

Nun kommen wir zur Schilderung des Verlaufs während der englischen und schottischen Zeit:

Landgraf.

18. Juni (l. c. S. 16): „Das rechte Stimmband ist geröthet, etwas geschwollen, zeigt dem Tumor gegenüber eine kleine Excavation. Am linken Stimmbande ein breit aufsitzender,

Norris Wolfenden.

15. Juni (l. c. S. 24): „Der Kehlkopf ist gross und wohlgestaltet, allein zufolge einer Abdachung des Kehldeckels ist die Ansicht des Inneren der Kehlkopfhöhlung nicht so leicht zu ermög-

[1]) Die beiden citirten Arbeiten Dr. Wolfenden's werden in der nächsten Nummer des Centralblattes referirt werden. — Der letzterwähnte Patient ist mittlerweile gestorben. Sein Fall, der in vielen Beziehungen dem des Hochseligen Kaisers sehr ähnlich ist, wird im Laufe dieses Winters mit den Präparaten der Clinical Society of London vorgelegt werden.

[illegible] Tumor der etwa [illegible] Drittel des [illegible] Der Tumor [illegible] röthlicher Färbung [illegible] Röthung weder [illegible] der Umgebung vorhanden. [illegible] Seite an der [illegible] der hinteren Kehlkopfwand [illegible] verdickt. Die [illegible] linken Stimmbandes [illegible] träger als die des rechten [illegible]. Beim Phoniren [illegible] Spalte in der Glottis. Keine [illegible] völlige Aphonie."

lichen, wie in durchschnittlichen Fällen. Die untere Oberfläche des Kehldeckels zeigt an der rechten Seite etwas Congestion und das Kissen (Polster) ist ziemlich voll. Die linke ary-epiglottische Falte ist in ihrem unteren und hinteren Theile etwas angeschwollen. Das linke Taschenband (falsches Stimmband, Ventrikularband) ist vorne sehr leicht geschwollen, so dass der äussere Rand des linken Stimmbandes an dieser Stelle gerade bedeckt ist; die rechte ary-epiglottische Falte und die interarytaenoidale Falte verliert gegen die linke Seite ihre scharfe Begrenzung; an dem rechten Ventrikularband, welches sonst gesund ist, sieht man ein erweitertes Gefäss. Das linke Stimmband ist von blassrosa Farbe. An dem rückwärtigen Ende desselben befindet sich ein rundliches Gewächs von ungefähr drei Millimeter im Durchmesser und zwei Millimeter hoch. Beim Flüstern sah man, dass die bewegliche Aktion des linken Stimmbandes schwach war, aber bei lauter Stimmbildung zeigte diese Bewegung keinen Defekt."

[illegible] Die Schleimhaut [illegible] erscheint [illegible] das rechte [illegible] an demselben [illegible] Geschwulst an dem [illegible] Umfang eher [illegible] und er- [illegible] zugespitzt. [illegible] Ge- [illegible] der hin- [illegible] Die Beweg- [illegible] träger [illegible]."

Für die Zeit vom 15. bis 28. Juni ist der laryngoscopische Befund in der Mackenzie'schen Schrift nicht geschildert.

[illegible] des projicirenden Theiles der Geschwulst von Sir [illegible] Zange ausgeführt.

1. Juli (l. c. S. 30): „Die Geschwulst war entfernt. Es bestand beträchtliche Röthung und Schwellung. Die Anschwellung an der hinteren Wand war deutlicher zu sehen. Die Oberfläche derselben hatte ein graugelbes Ansehen. Die Anschwellung sass fast in der Mitte, etwas mehr nach der linken Seite hin entwickelt."

22. Juli (l. c. S. 31): „Röthung und Schwellung im Allgemeinen etwas geringer, namentlich an den Taschenbändern. Das rechte Stimmband war noch stark geröthet, weniger geschwollen. Das linke Stimmband zeigte in seinen hinteren zwei Dritteln eine breit aufsitzende, sattelförmige Anschwellung. Schwellung und Röthung der hinteren Kehlkopfwand, kein Geschwür. Die Geschwulst war mithin wieder gewachsen an derselben Stelle, von welcher sie am 28. Juni entfernt worden war."

29. Juli (l. c. S. 31): „Das Bild war ungefähr wie am 22. Die Bewegung der Stimmbänder schien mir besser."

Sir Morell Mackenzie.

28. Juni (l. c. S. 25): Abbildung des Kehlkopfs nach der Operation. „Dieselbe zeigt den Kehlkopf nach vollständiger Fortschaffung des Gewächses. Man bemerkt eine sehr geringe Verdickung in der Nähe der rückwärtigen Extremität des linken (im Holzschnitt rechten) Stimmbandes."

„Am 21. Juli (l. c. S. 27) bemerkte Dr. Wolfenden zuerst eine leichte Anschwellung der hinteren Oberfläche der Giessbeckenknorpel; ich bestätigte diese Beobachtung bei meinem nächsten Besuche. Die Verdickung hatte die Gestalt einer gelblichen Kante; sie ragte ungefähr einen Millimeter hervor und dehnte sich von dem äusseren Rande des einen Knorpels bis zum entsprechenden Theile des anderen aus."

(l. c. S. 28): „Gegen Ende Juli zeigten sich einige Anzeichen von Wiederkehr an dem Sitze des Gewächses, welches ich entfernt hatte. Dasselbe ragte nicht genügend hervor, dass die Schneide meiner Zange es hätte erfassen können; ich beschloss daher die Zerstörung mittelst elektrischen Kauterisirens."

Am 2. und 6. August Galvanokauterisation der Geschwulst durch Sir Morell Mackenzie.

7. August (l. c. S. 32): „Die Geschwulst hat sich vergrössert, erstreckt sich mehr nach unten, ist von höckeriger, unebener Oberfläche. Auf der Mitte derselben eine schwärzliche Stelle.

Die Schwellung an der hinteren Larynxwand unverändert. Es scheint sich von dem unteren Umfange der Ge-

(l. c. S. 28): „Am nächsten Tage (3. August) bemerkte man einen kleinen flachen Schorf an der Stelle, welche der Glühdraht berührt hatte, allein Dr. Wolfenden benachrichtigte mich, dass kein Anzeichen von Entzündung rings um dieselbe vorhanden sei." . . . „Am 11. August schrieb mir Hovell,

kegelförmig sich zuspitzender, nach oben und hinten gerichteter Tumor, der etwa das hintere Viertel oder Drittel des Stimmbandes einnimmt. Der Tumor ist von blass gelblich röthlicher Färbung, eine auffallende Röthung weder am Tumor noch in der Umgebung vorhanden. Auf der linken Seite an der vorderen Fläche der hinteren Kehlkopfwand ist die Schleimhaut verdickt. Die Beweglichkeit des linken Stimmbandes erscheint etwas träger als die des rechten bei Abduction. Beim Phoniren bleibt eine Spalte in der Glottis. Keine Ulceration, völlige Aphonie."

lichen, wie in durchschnittlichen Fällen. Die untere Oberfläche des Kehldeckels zeigt an der rechten Seite etwas Congestion und das Kissen (Polster) ist ziemlich voll. Die linke ary-epiglottische Falte ist in ihrem unteren und hinteren Theile etwas angeschwollen. Das linke Taschenband (falsches Stimmband, Ventrikularband) ist vorne sehr leicht geschwollen, so dass der äussere Rand des linken Stimmbandes an dieser Stelle gerade bedeckt ist; die rechte ary-epiglottische Falte und die interarytaenoidale Falte verliert gegen die linke Seite ihre scharfe Begrenzung; an dem rechten Ventrikularband, welches sonst gesund ist, sieht man ein erweitertes Gefäss. Das linke Stimmband ist von blassrosa Farbe. An dem rück-wärtigen Ende desselben befindet [illegible] ein rundliches Gewächs von [illegible] drei Millimeter im Durchmesser [illegible] zwei Millimeter hoch. Beim [illegible] sah man, dass die bewegliche [illegible] des linken Stimmbandes [illegible] aber bei lauter Stimmbildung [illegible] diese Bewegung keinen Defekt."

26. Juni (ibidem): „Die Schleimhaut des oberen Kehlkopfraumes erscheint blasser als früher, ebenso das rechte Stimmband, der Defekt an demselben noch zu sehen. Die Geschwulst an dem linken Stimmbande hat an Umfang eher etwas zu- wie abgenommen und erscheint nicht kegelförmig zugespitzt, sondern abgerundet. Zwischen Geschwulst und vorderer Fläche der hinteren Wand viel Schleim. Die Beweglichkeit des linken Stimmbandes träger ebenso wie neulich."

Für die Zeit vom 15. [illegible] der laryngoscopische [illegible] Mackenzie'schen [illegible] schildert.

Am 28. Juni Entfernung des projicirenden [illegible] Morell Mackenzie mit der Zange ausgeführt.

beim besten Willen aus den Mackenzie-Wolfenden-Hovell'schen Berichten über diese wie über die folgende Periode ein klares Bild von dem Verlaufe des Falles in dieser Zeit, wie man es nach einer sachgemässen Darstellung haben sollte, ganz und gar nicht haben entwerfen können.

Einen durchaus verschiedenen Eindruck macht der Landgraf'sche Bericht. Da ist Alles knapp, klar, präcis. sachlich. Der Berichterstatter beginnt mit einem Bericht, der den Befund seines Vorgängers in allen wesentlichen bestätigt. In allen folgenden Berichten behält er die wirklich wichtigen Punkte im Auge: da giebt es keine Redensarten, die nicht zur vorliegenden Frage gehören. Temporäre Verbesserungen, wie sie nach den in Berlin und später vorgenommenen Eingriffen und Verletzungen zu erwarten waren, werden bereitwilligst zugestanden, aber bei alledem sehen wir den sich mit grausamer Nothwendigkeit vollziehenden Weitermarsch des Krebses, wir finden seine Ausbreitung in der Oberfläche, sein Vorwärtsdringen in die Tiefe, die unausbleiblichen Recidive nach den naturgemäss ungenügenden intralaryngealen Operationen. So ist es, wie wir, wie unsere Leser den Kehlkopfkrebs kennen, so ist es. wie ein Befund, wie der von Moritz Schmidt am 11. November mit tragischer Nothwendigkeit angebahnt wird:

„Am 11. November", sagt derselbe in seinem Bericht (Deutscher Bericht, S. 45), „war das Oedem so weit geschwunden, dass ich den grössten Theil des linken Stimmbandes und der Hinterwand, sowie das ganze rechte Stimmband deutlich sehen konnte."

„Die Schleimhaut des Kehlkopfes war noch stark geröthet. Unter dem linken Stimmbande der ganzen Länge nach war die Regio subglottica geschwollen, so dass sie über das Stimmband hervorragte, dunkelroth; fast der ganzen Länge dieser Anschwellung entlang fand ich eine unregelmässige, leicht gebuchtete gelbliche Stelle, welche ich als oberflächliche Ulceration ansprach. Die Schwellung der Regio subglottica zog sich an der Hinterwand herüber nach der rechten Seite, wo sie in einem hanfkorngrossen, rothen Knötchen im hinteren Drittel des rechten Stimmbandes endigte. Auch im vorderen Glottiswinkel zog sich die erwähnte Schwellung ein wenig noch nach rechts herüber. Das linke Stimmband bewegte sich nicht."

Einen Befund dieser Art wird jeder Sachverständige zweiundeinhalb Monate nach Landgraf's letzter Untersuchung zu finden vorbereitet sein: Die Geschwulst selbst, die schon bei der letzten Untersuchung im August den Höhepunkt ihrer Entwicklung erreicht zu haben scheint (vgl. den Befund) ulcerativ untergegangen, die Schwellung an der hinteren Wand, deren Existenz Landgraf so nachdrücklich betont hatte, weiter fortgeschritten und nun bereits auf die rechte Seite übergreifend, das linke Stimmband nach wie vor unbeweglich, die tieferen Störungen, auf welche seine fortschreitende Bewegungshemmung so deutlich hingewiesen hatte, sich in einer ulcerativen Perichondritis mit Oedem der Weichtheile manifestirend. Kann etwas klarer sein? — Und nun sage man, ob die Berichte Sir Morell's und seiner Assistenten aus der englisch-schottischen Periode einen derartigen Befund zweiundeinhalb Monate später erklärlich machen! —

Gegenüber der geringschätzigen Behandlung, die Dr. Landgraf zu erdulden gehabt hat, ist es unsere Pflicht, hier öffentlich auszusprechen, dass er selbst durch seinen musterhaften Bericht den besten Beweis geliefert hat, wie sehr er das Vertrauen, das zu seiner Abordnung führte, gerechtfertigt hat! Und es muss für ihn selbst, abgesehen von dem Bewusstsein treuer Pflichterfüllung, eine Quelle der Genugthuung sein, dass dies Urtheil von einer Seite bestätigt wird, der man wahrlich keine Voreingenommenheit für die Sache der deutschen Aerzte zur Last legen wird, nämlich vom „British Medical Journal", das während der ganzen Krankheit des Kaisers als wissenschaftliches Leiborgan Sir Morell Mackenzie's fungirt hat. Dasselbe druckt nämlich nicht nur in seiner Nummer vom 20. October d. J. seinen ganzen Bericht in wörtlicher Uebersetzung ab und leitet die dann folgende Recapitulation von Sir Morell Mackenzie's Angriffen auf ihn mit den Worten ein (l. c. S. 899): „Sir Morell Mackenzie commentirt Dr. Landgraf's klaren, detaillirten und leidenschaftslosen Bericht, wie folgt" — sondern sagt in seinem Leitartikel in derselben Nummer direkt Folgendes (l. c. S. 888): „Die Verachtung, mit welcher er (d. h. Mackenzie) Dr. Landgraf behandelt, ist ganz und gar nicht durch die in dem (scil. deutschen) Pamphlet erscheinenden Berichte dieses Herrn gerechtfertigt. Dieselben erscheinen uns vielmehr als ganz hervorragend fähig und trefflich aufgestellt". — Ein derartiges Zeugniss, von gegnerischer Seite kommend, ist doppelt werthvoll!

Aber Dr. Landgraf's Bericht hat, abgesehen davon, dass er ein graphisches Bild von dem Verlaufe der Krankheit des Kronprinzen während des Sommers entwirft, abgesehen davon, dass er in vollständigstem logischem Zusammenhange mit den Befunden in früheren und späteren Perioden des Leidens steht, einen anderen, höheren Werth: er bezeichnet, soweit dies menschlichem Wissen möglich ist, genau den **letzten** Augenblick, in welchem es mit vernünftiger Aussicht auf günstigen Erfolg möglich gewesen wäre, eine radicale Operation vorzunehmen!

Dieser Augenblick war am 7. August 1887 gekommen!

Wir haben im Eingange unseres Artikels — Ss. 254, 255 — zu anderen Zwecken in Sir Morell Mackenzie's eigenen Worten die Art und Weise geschildert, in welcher er sich über die „ausserordentliche Aufregung" lustig macht, die Landgraf bei der „Entdeckung" befallen haben soll, dass „das linke Stimmband nicht ganz so beweglich sei, wie es eigentlich sollte."

Aus Landgraf's sachlichem Berichte hallt nichts von dieser ausserordentlichen Aufregung wieder, wohl aber ein sehr klares Verständniss des Ernstes der Situation. — Wir haben oben (S. 287) seinen Befund von diesem Tage angegeben. Wir lassen jetzt seinen Commentar folgen:

„Ich machte geltend", sagt Landgraf (l. c. S. 32), „dass die fast völlige Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes auf tiefer gehende Veränderungen deute (!). An diesem Tage wurde die Lähmung des linken Stimmbandes von Herrn Dr. Mackenzie zugegeben. Am Nachmittag des 7. August nahm ich auf einem Spaziergang Gelegenheit, Herrn Generalarzt Dr. Wegener zu erklären, dass jetzt, nachdem Dr. Mackenzie die früher von ihm zur völligen Herstellung

seiner Kaiserlichen Hoheit beantragte Zeitdauer von 8 Wochen zur völlig unbeeinflussten Behandlung habe ausnutzen können und sich nunmehr herausgestellt habe, dass das Leiden nicht gehoben, vielmehr eine Verschlimmerung eingetreten sei, ich es für dringend wünschenswerth hielte, eine nochmalige Consultation mit den Berliner Aerzten zu veranlassen, wie dies ja auch früher in der Absicht gelegen habe. Ich machte auf die Gefahren eines noch längeren Aufschubes der Operation aufmerksam (!) und gab der Meinung Ausdruck, dass schon jetzt vielleicht gar nicht mehr mit der Entfernung der Geschwulst genutzt werde, sondern zur halbseitigen Exstirpation des Kehlkopfes geschritten werden müsse (!)."

Hier ist in der klarsten Weise die Sachlage geschildert. Viermal war die Geschwulst seit dem Beginne der Krankheit, also im Laufe von sieben Monaten recidivirt (Deutscher Bericht, Ss. 3, 6, 11, 21), ohne schliesslich irgend eine Aehnlichkeit mit bekannten Formen gutartiger Geschwülste zu zeigen; die Schwellung hatte auf die hintere Larynxwand übergegriffen; die Bewegungsstörung des afficirten Stimmbandes war bis zur fast völligen Unbeweglichkeit desselben fortgeschritten, mit anderen Worten: es war eine Ausbreitung sowohl in der Fläche, wie in die Tiefe constatirt!

Das thut keine gutartige Geschwulst!

Sir Morell Mackenzie **musste** jetzt dem Hohen Patienten die Chance bieten, die Radicaloperation vornehmen zu lassen oder, zum Mindesten, nach Landgraf's Vorschlag eine Konsultation mit den Berliner Aerzten veranstalten, die seiner eigenen Behauptung nach seine Verantwortlichkeit theilten! —

Er hat weder das Eine noch das Andere gethan, und die Angaben hinsichtlich möglicher Entwicklung des Leidens, die er seiner eigenen Schilderung nach (l. c. S. 31) der Erlauchten Gemahlin des Hohen Patienten kurz vor der Abreise aus England machte, sind absolut kein Aequivalent für die Unterlassung seiner offenbaren Pflicht.

Es bleibt daher nichts übrig, als zu erklären, dass die schwerste Anklage, die gegen ihn gebracht worden ist, die Anklage der Berliner Aerzte-Conferenz vom 13. November (Deutscher Bericht, S. 48): dass ihm die Schuld für das „zu spät" beigemessen werden müsse, — als erwiesen anzusehen ist! — —

Alles, was hiernach folgt, ist, wie schon früher bemerkt, wissenschaftlich von nur episodenhaftem Interesse. Da aber Sir Morell seine Opposition gegen die Radicaloperation hauptsächlich auf seine Statistik der betreffenden Operationen stützt, dürfte es am geeignetsten sein, an dieser Stelle einige Bemerkungen über diesen Punkt einzuflechten.

Wenn Sir Morell Mackenzie sich begnügt hätte, die drei Statistiken, mit welchen sein Buch abschliesst, einfach in der Weise zusammenzustellen, dass alle Fälle, die mittelst einer bestimmten Operation behandelt worden sind, ohne weiteres als äquivalent aufgezählt werden, so würden wir unsererseits nur auf den Abschnitt des Leitartikels der Augustnummer des Centralblatts zu verweisen brauchen, in welchem wir gegen eine derartige urtheilslose Verwerthung der Sta-



	Operation der Operation
	Tod 8 Wochen nach der Op...
	Tod nach $5^1/_2$ Wochen an ...
	Tod 5 Wochen nach der Operation.
	Tod nach 6 Wochen an Pneumonie.
	Tod; Recidiv nach 7 Wochen, ... streckte sich auf die Drüse...
	Recidiv nach 7 Wochen.
	Recidiv in 3 Monaten.
	Recidiv nach 3 Monaten.

... sagt Sir Morell Mackenzie (...
... verdreht und mit Ziffern kann ...
... Schlussfolgerungen erhält."

... welche den Aufenthalt des K...
... bis zur Novemberconsultation umf...
... Mackenzie's und Mr. Hovell's ...
... der englisch-schottischen Per...
... Entwicklung der Sache, wie s...
... nicht geben. Die ganze, über zweimo...
... Beschreibung auf drei Seiten (l. c. S...
... nur, dass bis zum Ende ...
... auf die hintere Kehlkopfwand n...
... bekommen muss, dass am 6. ...
... die Eröffnung machte, ...
... einander getrennte Schwellu...
... eine kleinere unter dem rec...

Stimmbande! So sind dieselben in der That abgezeichnet[1]), und so lautet der erklärende Text (l. c. S. 34). Auch jetzt noch soll also die Fiction des sprungweisen Fortschrittes aufrecht erhalten werden, während Gerhardt's, Landgraf's, Schmidt's Berichte so klar zeigen, dass das Weiterschreiten der Krankheit ein durchaus contiguirliches war! —

Es bedarf keiner weiteren Reflexionen über diese Periode, in der sich das unausbleibliche Uebergreifen auf die rechte Seite vollzog und die letzte schwache Hoffnung erlosch, mit der partiellen Exstirpation auszukommen. Dagegen dürfte es nicht unerspriesslich sein, sich an einem Beispiel ins Gedächtniss zurückzurufen, in welcher Weise zu der Zeit die für das ärztliche Publikum bestimmte Berichterstattung in solchen Blättern, die sich „bester Information" erfreuten, gehandhabt wurde:

„British Medical Journal."
15. October 1887.

„Wir freuen uns zu hören, dass der Zustand des Kronprinzen fortdauernd in hohem Grade befriedigend ist. Kein Anzeichen von Wiederkehr der Geschwulst ist vorhanden, und die Stimme Seiner Kaiserlichen Hoheit ist klar und volltönend (resonant), während sein Allgemeinbefinden vortrefflich ist. Seit er Schottland verliess, hat er 1—2 Anfälle von subacuter Laryngitis gehabt, theilweise ohne Zweifel in Folge von Erkältungen, zum grossen Theil aber in Folge von übergrossem Stimmgebrauch, eine Unklugheit (imprudence), die vollständig zu vermeiden, für Jemanden in seiner hohen Stellung schwierig ist (!). Er leidet an einer Neigung zu acuter Congestion nicht nur des Kehlkopfs, sondern der ganzen oberen Luftwege, welche einen Aufenthalt in einem warmen Klima während des Winters unumgänglich macht." (Folgen Mittheilungen über die Reisedispositionen)

„Lancet."
15. October 1887.

„Wir freuen uns zu hören, dass Se. Kaiserl. Hoheit fortdauernd befriedigende Fortschritte macht, indem seit der Application des Galvanocauters im letzten Juni kein Recidiv der warzigen Neubildung erfolgt ist. Die oberen Luftwege zeigen jedoch eine ausgesprochene Neigung zu katarrhalischer Entzündung und machen es durchaus nothwendig, dass Se. Kaiserl. Hoheit in einem warmen Klima seinen Aufenthalt nimmt und sich so sehr wie möglich des Gebrauchs der Stimme enthält. Es mag darauf hingewiesen werden, dass, allgemein gesprochen, zwei Formen chronischer Laryngitis existiren: eine, bei welcher der entzündliche Process auf die Schleimhaut beschränkt ist, und zu intermittirender Dysphonie oder Stimmverlust führt. Dieser Zustand mag während eines ganzen Menschenlebens andauern, ohne sich weiter zu entwickeln. Die zweite Varietät der Entzündung, andererseits, verursacht oft interstitielle Veränderungen, welche in Verdickung, Pseudo-

[1]) Die Illustration der deutschen Ausgabe ist so schlecht, dass man in ihr überhaupt nichts im subglottischen Raume sehen kann. In der englischen dagegen (S. 65) sieht man ganz deutlich getrennte Geschwülste unter den Stimmbändern, die linke arytaeno-epiglottische Falte etwas geschwollen, die Hinterwand frei.



[illegible] etc. (!) resul-
[illegible] des Kron-
[illegible] Kategorie
[illegible] keine ungünstige
[illegible] ffen, und die
[illegible] gemeinbefinden
[illegible] im höchsten
[illegible], dass sich
[illegible] erwünschte Folge-
[illegible] twickeln sollten. Als
[illegible] enzie vor einigen
[illegible] ging, wie wir
[illegible] und es ist alle
[illegible], dass mit Zeit und
[illegible] unction vollständig
[illegible] werden wird." (!)
[illegible] zwei sich durchaus
[illegible], was man will: auf
[illegible] werth, wie nur mög-
[illegible] hwulst — [de facto
[illegible] dass er in Baveno
[illegible] September entdeckt
[illegible] Tendenz zu Conge-
[illegible] enige Varietät von
[illegible] verursacht, welche
[illegible]
[illegible], durch diese
[illegible] pete stösst, liest
[illegible] ermassen p. 899

[illegible] deutschen
[illegible], dass wir eine
[illegible] gewissen Grade
[illegible] activer Be-
[illegible] Verlauf des Falles
[illegible] zu ermöglichen, der
[illegible], während wir
[illegible] Befriedigung un-
[illegible] der Genesung (!)
[illegible] erforderlich waren.
[illegible] zu bringen, aus
[illegible] zu berichten war.
[illegible] standen worden zu
[illegible] vorhanden ist (!).
[illegible] serer wöchentlichen

Berichte beigelegt worden. Wäre die Angelegenheit eine weniger ernste, so könnte man sich einfach darüber einigermassen amüsiren, dass unserem Schweigen eine so schwerwiegende Bedeutung zukommen soll, wie dem berühmten Kopfnicken Lord Burleigh's. Unsere Mittheilungen von letzter Woche, obwohl präcis und klar genug, scheinen die Besorgnisse unserer deutschen journalistischen Collegen nicht vollständig zerstreut zu haben. Wir wünschen daher deutlich und ohne jede diplomatische Reserve oder Zweideutigkeit zu erklären, dass, der besten Autorität über den Gegenstand zufolge (!), der Zustand des Kronprinzen bis zum Morgen des heutigen Tages in hohem Grade befriedigend ist(!). Nicht das geringste Recidiv der Geschwulst ist vorhanden(!); die Functionen der Theile sind nicht im geringsten Grade gestört(!!), ausser dass die Stimme ziemlich schwach ist; weder ein sichtbares Symptom, noch ein Gefühl ist im Halse vorhanden, welches entweder in diesem Augenblicke Alarm zu erregen oder wohlbegründete Befürchtungen für die Zukunft zu erwecken braucht (!!). Mehr als dies kann offenbar selbst der Erfahrenste nicht sagen, und vage Befürchtungen hinsichtlich dessen, was „hinter dem Schleier" liegen mag, sind in diesem oder irgend einem anderen Falle kaum zur öffentlichen Discussion geeignete Gegenstände. Der Prinz leidet, wie wir schon mehr als einmal angegeben haben, an einer ziemlich ausgesprochenen Reizbarkeit der oberen Luftwege, welche dazu führt, dass er sich sehr leicht „erkältet", und in Toblach hatte er einen Anfall von scharfer Entzündung nicht nur des Kehlkopfes, sondern auch der Luftröhre. Es ist offenbar unmöglich, in irgend welchem Klima gegen plötzlichen Temperaturwechsel völlig ausreichende Vorsichtsmassregeln zu treffen; aber es ist geboten, zu erklären, dass Toblach, welches viele Vorzüge hat, von dem Prinzen und der Prinzessin selbst, welche dort gewesen waren und den Ort liebten, zum Aufenthalt gewählt worden war. Da das Wetter in Baveno kürzlich ziemlich unfreundlich geworden ist, wird der Prinz sich in Kürze nach San Remo begeben, wo er wahrscheinlich den Winter zubringen wird. Schliesslich mögen wir hinzufügen, dass, da einige Zweifel darüber ausgedrückt worden sind, in wie weit die von uns von Zeit zu Zeit veröffentlichten Berichte die Ansichten Sir Morell Mackenzie's repräsentiren, wir seine Genehmigung zu der Erklärung haben, dass wir während der ganzen Angelegenheit seine Ansichten mit völliger Genauigkeit ausgedrückt haben." (!!)

Man bedenke: diese redactionelle Erklärung wurde am 22. October, **also nur 16 Tage**, ehe Sir Morell Mackenzie dem Kronprinzen sagte, dass das Leiden sehr nach Krebs aussehe, veröffentlicht!! — Ist es glaublich? — —

Ueber die Vorgänge während der Consultation in San Remo ist es leicht sich durch die Lectüre der beiden Berichte ein eigenes Urtheil zu bilden. Eines besonderen Commentars bedürfen sie nicht.

[1]) Im Original nicht gesperrt gedruckt.

Die nunmehr folgende fünfte, von der Novemberconsultation bis zur Abreise von San Remo reichende Periode könnte einfach als die „Tracheotomie-Periode“ [illegible] werden, denn mit einziger Ausnahme der in sie fallenden, endlichen [illegible] Bestätigung der Krebsdiagnose gruppiren sich alle Punkte von [illegible] medicinischen Interesse um die Verzögerung dieser Operation bis zum letzten Augenblicke, um ihre Vornahme selbst und um ihre angeblichen [illegible]

Was die Verzögerung der Tracheotomie anbetrifft, so dürfte sich wohl niemand, der Dr. Bramann's sachlichen Bericht gelesen hat („Die Krankheit Kaiser Friedrich's III.“ S. 49 et seq.) der Ueberzeugung haben verschliessen können, dass man Prof. v. Bergmann um jeden Preis von der Vornahme der [illegible] auszuschliessen wünschte. Wie früher Landgraf, so wurde jetzt [illegible] nur so selten als möglich zu eigener Untersuchung zugelassen, wie [illegible] Landgraf's Drängen nach einer Consultation, so wurde jetzt Bramann's [illegible] nach der rechtzeitigen Berufung v. Bergmann's ignorirt, und [illegible] aus dem Bramann'schen Bericht mit Sicherheit die Thatsache hervorgeht, dass die Athemnoth eine seit vielen Tagen graduell ansteigende [illegible] während Sir Morell selbst bei seiner Rückkehr aus Barcelona am [illegible] Februar fand (Friedrich der Edle, S. 44), „dass die Krankheit in der [illegible] rasche Fortschritte gemacht hatte“, sowie dass bereits beim [illegible] inspiratorischer Stridor vorhanden war, während auch Dr. Schrader [illegible] dringend die Berufung Bergmann's verlangte“ (Deutscher Bericht, S. 56) so unterblieb dieselbe dennoch, und am 9. Februar wurde Dr. Bramann, [illegible] seiner Bitten vom 30. Januar bis zum 9. Februar, also volle elf Tage [illegible] keine Gelegenheit gehabt hatte, den hohen Patienten zu untersuchen, [illegible] die Tracheotomie sofort auszuführen, da Sir Morell Mackenzie [illegible] eine „so starke Ueberzeugung von der Gefahr einer Verzögerung hatte, dass [illegible] gezwungen fühlte, dennoch zu erklären“, er lehne, wenn die Operation [illegible] würde, alle weitere Verantwortlichkeit ab, und mache diejenigen, welche der Vornahme sich widersetzten, für das Leben des Kronprinzen verantwortlich“ (Friedrich der Edle, S. 45). — —

Eine genügende Erklärung für die Motive dieser ausserordentlichen Hand[illegible] welche die Aussichten des hohen Kranken selbst so augen[illegible] werden [illegible] Sir Morell selbst erklärt l. c. die Plötzlich[illegible] von der Gefahr einer Verzögerung mit der Plötzlichkeit [illegible] der Eindruck vollster Wahr[illegible] Widerspruch gegen diese [illegible] Tagen rapide zu. [illegible] des Januar zeigte deutlich [illegible] hervorstand: der Hohe [illegible] Verzögerung bis zum letzten Augen[illegible] wie jedermann [illegible] Stenose auszuführen [illegible] Lungenkatarrhe nach [illegible] Asphyxie ge-

diehen ist —; und endlich hatte Dr. Bramann bereits am 30. Januar erklärt (l. c. S. 54), dass Prof. v. Bergmann „gern einige Tage in San Remo warten würde, wenn nicht schon früher die Tracheotomie nothwendig werden sollte." — Nach allen Richtungen hin war daher Prof. v. Bergmann's Berufung geboten, allein Dr. Bramann's diesbezüglicher Antrag „wurde jetzt, wie in den folgenden Tagen verworfen" (l. c.).

Ein eigenthümliches Streiflicht wird auf diese ganze Episode durch die Thatsache geworfen, dass bereits am 7. Februar die Berliner „Vossische Zeitung" meldete, dass die Tracheotomie am folgenden Donnerstag, dem 9. Februar, gemacht werden würde, und dass die einmal wöchentlich erscheinende Londoner Zeitung „Truth" am Morgen des Operationstages erklärte, sie habe den besten Grund zu glauben, dass, wenn die vermuthlich in den nächsten Tagen erforderlich werdende Operation zur Ausführung kommen würde, es eine englische Hand sein würde; die sie ausführte, wie es ein englischer Kopf wäre, der sie beföhle! — —

Vielleicht wird die Zukunft Aufklärungen bringen, die in diesem Augenblicke offenbar noch fehlen, — —

Was die Anklage gegen Bramann anbetrifft, er habe die Trachea drei Millimeter (!) zur Rechten von der Medianlinie eröffnet (l. c. S. 59—61), so können wir dieselbe mit Schweigen übergehen. Sie ist ja doch nur für das Laienpublikum bestimmt! —

Dagegen muss die vieldiscutirte Anklage gegen die deutsche Canüle, der Sir Morell, charakteristisch genug, mehr Raum widmet, als dem ganzen Verlaufe des Falles vom 15. Juni bis zum 6. November, kurz erörtert werden.

Der Kronprinz hatte nach der Operation eine geraume Zeit schlechte Nächte, hustete viel und sein Auswurf war stark blutig. Dies wird von Sir Morell Mackenzie der erstgebrauchten Canüle zur Last gelegt, und er hat keine Mühe gescheut, seine Behauptung durch Beschreibungen und Abbildungen von Canülen ex und in situ zu illustriren (l. c. S. 46—61).

Wir müssen bekennen, dass alle diese Beschreibungen und Abbildungen unserer Ansicht nach kein Gegengewicht gegen die überzeugenden, auf denselben Punkt bezüglichen Ausführungen Prof. v. Bergmann's (l. c. S. 64 et seq.) bilden.

Bereits am 17. Januar hatte der Hohe Kranke ein nekrotisches Gewebsstück ausgehustet, das von Prof. Virchow als ein abgestorbener und faulig veränderter Theil des Kehlkopfs bezeichnet wurde (Deutscher Bericht S. 52, 53). Es hatte sich demgemäss bereits vor der Operation ein theilweiser Zerfall der Neubildung angebahnt, der zusammen mit ihrem Vorschreiten in anderen Richtungen die Blutungen a priori viel natürlicher erklärt, als das „Wundreiben" durch die Canüle. Jedermann weiss, dass Blutungen beim Kehlkopfkrebs ein nichts weniger als seltenes Ereigniss sind, und Sir Morell Mackenzie selbst sagt hierüber in seinem Lehrbuch („Die Krankheiten des Halses und der Nase", Deutsche Ausgabe, Bd. I., S. 456) Folgendes: „Mit dem Fortschreiten der Ulceration tritt bisweilen ein anderes Symptom, wiederholte (!) Hämorrhagien, auf, welche, wenn beträchtlich, fast pathognomisch (!) für den Krebs sind. Entweder

mag reichliche Blutung aus einem oder mehreren kleinen, erodirten Gefässen erfolgen, oder die Absonderung von Blut mag nur eben gross genug sein, um dem Secret, welches fast ausnahmslos dünneitrig schleimiger Natur ist, einen Stich ins Röthliche zu geben." Beim Kronprinzen nun war eine derartige Erosion offenbar bereits vor der Operation erfolgt, denn schon am Morgen des 9. Februar war das Sputum „blutig gefärbt" (Deutscher Bericht S. 57). Die noch in der ersten Woche nach der Operation vorgenommenen mikroscopischen Untersuchungen des Auswurfs seitens v. Bergmann's und Bramann's bestätigten die Thatsache fortschreitenden, in die Tiefe dringenden Zerfalls (Deutscher Bericht S. 68). Was kann natürlicher sein, als die Annahme, dass, wenn elastische Fasern, Muskelfragmente, ja selbst makroscopisch wahrnehmbare Knorpelstückchen expectorirt werden, auch die Gefässe des Kehlkopfes von dem Krebs nicht verschont bleiben? Aber statt die natürlichste Erklärung anzunehmen, die ja ausserdem in der Thatsache ihre Bestätigung findet, dass auch zu viel späteren Perioden der Krankheit — 4. März und 16. April — dieselben Blutbeimengungen von Prof. Waldeyer constatirt wurden (ibidem S. 71), bietet Sir Morell lieber allen Scharfsinn auf, um auch hier wieder die Verschlimmerung seinen Collegen zur Last zu legen!

In diesem Falle hat es jedoch die Autopsie übernommen, den unzweideutigen Gegenbeweis seiner Behauptungen zu führen. Wenn in der That die Blutungen, — so starke, so lang anhaltende Blutungen, — aus der Trachea stammten und durch ungeeignete Canülen veranlasst waren, so mussten thatsächliche Läsionen der Trachea erzeugt worden sein, und diese Läsionen mussten sich bei der nur vier Monate später stattgefundenen Autopsie in Form von Geschwüren, Granulationen oder Narben in der Luftröhre nachweisen lassen! Jedermann, der einmal am frischen Specimen oder an Museumspräparaten die Zerstörungen gesehen hat, welche eine wirklich schlecht sitzende Canüle innerhalb weniger Tage anrichtet, wird die Berechtigung dieser Behauptung ohne Weiteres zugeben. Nun lagen die deutschen Canülen nach Sir Morell's eigener Zeichnung und Beschreibung (l. c. S. 47, Fig. 9) so in der Luftröhre, dass ihr „unterer und rückwärtiger Theil" an der hinteren Wand **tief unten** in der Luftröhre — der Zeichnung zufolge würde die Druckstelle dem 10.—13. Trachealringe entsprechen — eine Wunde verursachte. Hier also waren die Resultate der ungeeigneten Canülen zu erwarten, d. h. wenn solche Resultate überhaupt vorhanden waren! Das officielle, von Sir Morell Mackenzie und Mr. Hovell mitunterzeichnete Protokoll der Autopsie sagt nun aber (deutscher Bericht S. 102):

„Die Entfernung des unteren Endes der Trachealwunde von dem unteren Rande des Geschwürs (sc. des Geschwürs, in welches die Innenfläche des Kehlkopfs verwandelt worden war) beträgt 2¼ cm. Dieser untere Rand ist ziemlich scharfrandig, quer durch die Schleimhaut verlaufend und zeigt unten kleine graue Granulationen, die etwa die Fläche von ½ cm bedecken. Nächstdem folgt normale Schleimhaut über den noch erhaltenen Trachealringen[1]."

[1] Im Original nicht gesperrt.

Das ist gewiss klar genug. Die Herren Mackenzie und Hovell waren bei der Section gegenwärtig, hätten also, wenn sie mit dem Dictat des obducirenden Pathologen nicht einverstanden waren, sofort gegen diese Angabe Verwahrung einlegen sollen. Keinesfalls aber durften sie, wenn sie die Angabe für unrichtig hielten, das Protokoll unterzeichnen. Sie haben es aber unterzeichnet. Und nachdem sie dies gethan haben, schreibt Sir Morell in seiner Darstellung der Obduction (l. c. S. 95): „Die Schleimhaut der Luftröhre, unmittelbar unter [1]) der Tracheotomiewunde war frei von Geschwüren und Narben. Der untere Theil der Luftröhre [2]) und deren Bifurcation wurden nicht untersucht." — Der Zweck des „unmittelbar unter", wie des ganzen letzten Satzes ist offenbar der, die Fiction von den durch die Canüle verursachten Läsionen zu retten! — Darauf erklären die Herren Virchow und Waldeyer (Berliner klinische Wochenschrift No. 43, 1887, S. 880): „Dass die Luftröhre in ihrer ganzen Ausdehnung bis zu den Bronchien [3]) geöffnet worden ist". Und nun wagt Herr Hovell die beiden letztgenannten Gelehrten direct der Unwahrheit zu zeihen, indem er seinerseits erklärt (British Med. Journal, 27. October 1888, S. 958): „Der Kehlkopf mit einem Theil der Luftröhre wurde aus dem Körper entfernt, und die Lungen wurden auch entfernt, aber das Herz und der unterste Theil der Trachea wurden intact gelassen und wurden nicht untersucht [4])".

Sir Morell Mackenzie, der gegen den Haupttheil der Virchow-Waldeyer'schen Erklärung (vgl. weiter unten) an derselben Stelle wie Mr. Hovell eine lange Gegenerklärung veröffentlicht (vgl. ebenfalls weiter unten), schweigt in derselben über den gegenwärtig in Rede stehenden Punkt vollständig.

Die Sache steht also so: Hie Virchow-Waldeyer, hie Hovell!

Wir denken: unsere Leser werden über die Entscheidung nicht zweifelhaft sein!

Aus der sechsten und letzten Periode braucht nur der Zwischenfall vom 12. April erörtert zu werden. Es ist bekannt, dass sich in keinem Punkte die beiden Berichte unversöhnlicher gegenüberstehen, als gerade in diesem. Während Herr von Bergmann behauptet, dass durch die Einführung der Canüle dem Kaiser an jenem Tage geradezu das Leben gerettet worden sei, und während sein ganzer Bericht über die Zeit von Ende März bis zum Tage der Episode (l. c. S. 82 et seq.) seine Auslegung der an demselben stattgehabten Ereignisse durchaus unterstützt, klagt Sir Morell umgekehrt Prof. v. Bergmann direct an, bei seinen Einführungsversuchen eine falsche Passage gemacht, einen colossalen Abscess in den Geweben vor der Trachea producirt, und das Leben des Kaisers dadurch direct verkürzt zu haben. Der Ausführung dieser Anklage sind acht volle Seiten in Sir Morell's Buch gewidmet (Ss. 74—80), die „falsche Lage" der Canüle, die „falsche Passage", ja selbst der „Abscess" sind durch Dia-

[1]) Im Original nicht gesperrt.
[2]) Im Original nicht gesperrt.
[3]) Im Original nicht gesperrt.
[4]) Im Original nicht gesperrt.

gramme erläutert (Figuren 18, 19, 21), und im weiteren Verlaufe des Buches kommt Sir Morell immer wieder auf diese Beschuldigung zurück, welche sich würdig der Anklage gegen Gerhardt bezüglich der „künstlichen Krebserzeugung“ anschliesst! —

Auch in diesem Falle hat es die Autopsie übernommen, die Wahrheit an den Tag zu bringen.

„In dem Gewebe um den noch existirenden Theil der Luftröhre keine narbigen Zustände, sondern normale Verhältnisse“ [1]) — so heisst es in dem von Sir Morell Mackenzie und Mr. Hovell unterzeichneten officiellen Obductionsprotokoll (Deutscher Bericht, S. 102).

Wiederum hätte man erwarten sollen, dass die beiden genannten, bei der Obduction anwesenden Herren etwaigen abweichenden Ansichten sofort nachdrücklich Ausdruck verliehen hätten, zumal es ziemlich allgemein bekannt ist (vgl. den Guttmann'schen Artikel in No. 42 der Deutschen Medicinischen Wochenschrift, 1888), dass Prof. v. Bergmann, gegen den die Insinuation der Abscesserzeugung schon bei Lebzeiten des hohen Kranken erhoben worden war, bei der Obduction Prof. Virchow's Aufmerksamkeit speciell auf den Zustand der Gewebe vor der Trachea gelenkt hat. Die beiden Herren hörten das, hörten Prof. Virchow's diesen Punkt betreffende, in's Protokoll aufgenommene Antwort und — — schwiegen! — — Vier Monate später aber wärmt Sir Morell Mackenzie nicht allein die unverzeihliche Anklage von Neuem auf, sondern verwendet jetzt selbst das positiv **gegen** dieselbe sprechende Resultat der Obduction, mittelst offenbarer Verdrehung seines klaren Sinnes, dazu, seine Insinuationen plausibler erscheinen zu lassen! Denn mit nicht milderen Ausdrücken muss es bezeichnet werden, wenn Sir Morell Mackenzie (l. c. S. 112) das Ergebniss der Autopsie wie folgt, zu verwerthen wagt: „ . . . . Einen oder zwei Tage später bemerkt man einen Abscess in den Geweben, in welche Herr von Bergmann seine Canüle hineinstiess. Der Abscess erweiterte sich nach unten, grosse Mengen von Eiter werden täglich entleert, der Patient wird dadurch, dass der Eiter seinen Weg in die Luftröhre findet, von fortwährendem Husten gequält, und seine Kraft wird durch den reichlichen und fortwährenden Ausfluss von Materie reducirt! Schliesslich ist er entkräftet, und nach seinem Tode findet man eine immense Abscesshöhlung gerade an dem Platze, wo Bergmann die falsche Passage machte[2]) (!) — Und ganz im Einklang hiermit ist die Thatsache, dass Sir Morell statt den officiellen, von ihm mitunterzeichneten Obductionsbericht zu citiren, in seinem Buche seine eigene Version von demselben giebt, und den auf den allgemeinen Kehlkopfbefund bezüglichen Passus (Zweiter Satz des officiellen Protokolls, Deutscher Bericht, S. 100) in geschickter Weise derart für seine Zwecke zu verwenden versteht, dass jeder nicht sachverständige Leser, wenn er von der klaffenden „Höhle“ erfährt, die nach Entfernung der eingelegten Watte zurückblieb (Friedrich der Edle, S. 95), ganz naturgemäss nicht an die Kehlkopfhöhle, sondern an die

---

[1]) Im Original nicht gesperrt.
[2]) Im Original nicht gesperrt.

„immense Abscesshöhlung“ denken wird, von der er im Laufe der vorhergehenden Ausführungen so viel gehört hat!

Nun haben zwar die Herren Virchow und Waldeyer (Berliner klinische Wochenschrift 1887, p. 880) dieser Insinuation gegenüber erklärt:

1. „Dass in diesem Sectionsprotokolle, welches zu Schloss Friedrichskron am 16. Juni 1888 aufgenommen wurde, von einer Abscesshöhle gar keine Rede ist“.
2. Dass die Seite 101 des Berichts erwähnte, grosse, mit mortificirten Fetzen bedeckte Fläche von 9 Ctm. Länge derselben einzigen vorgefundenen Höhle angehört, von welcher auch zu Anfang des Protokolles die Rede ist, nämlich der, durch die bei der Einbalsamirung eingeführte Watte, ausgedehnten Höhle des Kehlkopfes und oberen Trachealabschnittes, welche durch Zerfall und Geschwürsbildung innerlich zerstört waren“.
3. Dass aus dem Obductionsprotokolle nicht gefolgert werden kann, es habe jemals eine Abscesshöhle bestanden“.
4. „Dass dasjenige Gewebe, in welchem nach Sir Morell Mackenzie's Bericht und Figur p. 80 seiner Broschüre die Canüle auf falschem Wege liegen und der fragliche Abscess vorhanden gewesen sein soll, bei der Section als normal und ohne narbige Veränderungen vorgefunden wurde. Vergl. p. 102 des Berichts der deutschen Aerzte Alinea 3“.

Aber selbst hierauf hat Sir Morell eine Antwort. Unterstützt von Mr. Hovell, der die Angaben seines Chefs getreulich bestätigt, hält der Laryngologe (Brit. med. Journal, October 27, p. 958, 1888) den ersten lebenden Pathologen eine Vorlesung über „circumscripte“ und „diffuse“ Abscesse, behauptet, mit eigenen Augen gesehen zu haben, dass das Zellgewebe vor der Trachea und zu deren Seiten zerstört war und eine „grosse Höhle“ hinterlassen habe, die „am meisten ausgesprochen im unteren Theil der Trachea“ war, und erklärt die bestimmten Angaben der Pathologen hinsichtlich der normalen Verhältnisse der Gewebe vor der Trachea einfach damit weg, dass er behauptet, dass, „nachdem eine Quantität von Wismuth und Watte mehr als 24 Stunden in Contact mit diesen Theilen gewesen war, es für irgend Jemanden ganz unmöglich gewesen sei, sich ein Urtheil über den Zustand der Gewebe zu bilden.“ (!!)

Es bedarf keines Commentars zu diesen Leistungen, zu denen nur eine Parallele existirt: Sir Morell's Benutzung der Statistik!

Wir stehen am Ende der unliebsamsten Aufgabe, die uns während unserer medicinisch-journalistischen Laufbahn zugefallen ist: es ist kein Kleines, so, wie es geschehen musste, über einen Mann zu sprechen, den man einst hoch geschätzt hat! — —

die richtige Stellung
die Ansichten über-
auch in dieser
nicht, so ist
Fragmente mit be-
hervorgegangen.
dass er, obwohl be-
sein Standpunkt
nichts Neues
muss, noch einmal
eine werthvolle
Falle Unmög-

beschäftigen-
den ersten
Denn
Untersuchung
Fällen meist
Diagnose.
kann gerecht-

charakteristisch für
Untersuchung
Sicherheit Auf-

und durch
eines kleinen, von
im Kleinen ein
der ganzen Neubildung

in einer grossen
Voraussetzungen, bisweilen

ABC der Geschwulst-
dem Bau verschiedener
Uebergänge
wirklich Charakte-
gegeben wird, mehr
Harnsuchers, resp. durch
mikroskopischen Untersuchung
immer anwendbar

hervorgerufen wurde, finde
Geschwülste des Kehlkopfs
Neubildung zuerst fü

ein „Papillom", dann für „fibrocellulär", dann für „epitheliomatös" erklärt wurde, steht durchaus nicht vereinzelt da. Clinton Wagner hat zur Sammelforschung einen Fall beigesteuert (derselbe wird weiterhin unter den Fällen zweifelhafter Degeneration ausführlich mitgetheilt werden), in welchem aus gleichzeitig entfernten Fragmenten von einem pathologischen Anatomen die Diagnose auf „einfaches Papillom", von einem anderen auf „Sarcom", von einem dritten auf „epitheliomatöses Papillom" gestellt wurde. — In einem nicht veröffentlichten Falle des Herausgebers schwankte die mikroscopische Diagnose zwischen „Granulom", „gefässreichem Fibrom", „Angiosarcom", „Sarcom". Kurz: die Voraussetzung, dass die mikroscopische Untersuchung entfernter Fragmente stets ein charakteristisches Bild ergeben müsse, trifft bei Kehlkopfpolypen ebenso wenig ausnahmslos zu, als bei Geschwülsten anderer Theile.

Ungleich wichtiger aber als der eben erörterte Missstand ist die Fehlerquelle, die aus der Thatsache erwächst, dass Kehlkopfneubildungen öfters zusammengesetzter Natur sind, und dass die Untersuchung eines einzelnen Fragmentes daher nicht zu Rückschlüssen auf die Natur der ganzen Neubildung berechtigt.

Denn wenn das blosse Fehlen charakteristischer Merkmale unter dem Mikroscope den Laryngologen wenigstens nicht zu Trugschlüssen hinsichtlich der Natur der vorliegenden Neubildung veranlassen wird, so werden andererseits die schlimmsten, praktischen Consequenzen zu Stande kommen können, wenn der behandelnde Arzt, im blinden Vertrauen auf das Zeugniss des Mikroscopes, vergessen wollte, dass das betreffende Resultat ganz und gar nicht beweisend für die Natur der ganzen Neubildung zu sein braucht! —

Wir kommen hier auf das Kapitel der „Mischgeschwülste" und dasselbe ist für unsere Aufgabe so wichtig, dass wir es mit einem längeren Citat aus Virchow's „Krankhaften Geschwülsten" eröffnen, welches die beste allgemeine Einführung in unser specielleres Gebiet giebt. Virchow spricht zwar an der betreffenden Stelle (Vol. I., S. 348 u. ff.) nur von der Combinations- und Uebergangsfähigkeit der Fibrome; seine Ausführungen gelten aber — mutatis mutandis — auch für andere Geschwulstformen, und sind für uns um so bedeutungsvoller, als er an der citirten Stelle seine Ansicht über die Degeneration von Geschwülsten ausspricht.

„Bei der grossen Unsicherheit der Beschreibungen," sagt er, „ist nichts schwieriger, als sich aus der Literatur ein Urtheil über das Vorkommen und die Bedeutung der Fibrome zu bilden. Nicht nur sind, wie ich schon hervorhob, die meisten Myome und Fibrome hierher gezählt worden, sondern namentlich auch zahlreiche Fälle von Sarcomen und Skirrhen, was sich zum Theil aus den früher sehr mangelhaften Untersuchungsmethoden, zum Theil aus der sehr langsam fortschreitenden Erkenntniss der normalen Histologie, zum Theil aber auch aus der ungemein häufigen Combination des Fibroms mit anderen Geschwulstarten erklärt. Denn keinerlei Combination ist häufiger als diese, und nichts giebt leichter zu Missverständnissen und Täuschungen Veranlassung, als der Umstand, dass gewisse Theile einer Geschwulst ganz und gar aus Bindegewebe zusammengesetzt sind, während andere eine ganz abweichende Structur

extremen Beurtheilungen hin und her geworfen, völlig verloren zu gehen. In allerjüngster Zeit haupt mehr in's gewohnte Geleise zurück Frage wieder von den Extremen entfernt. die mikroscopische Untersuchung intralaryngeal deutender Schädigung ihres früheren An

Und das erscheint dem Herausgeber reits in der historischen Einleitung dieser in dieser Frage entwickelt worden ist, hinsichtlich derselben beibringen kann, auf sie zurückzukommen, da es im öffentl Methode nicht dafür büssen zu lassen, liches zugemuthet wurde.

Auf den ersten Blick erscheint die den Fällen der mikroskopischen Untersuchung Rang bei der Feststellung der Diagnose man sollte theoretisch in der That meinen eines Theiles der Neubildung höher st auf blosse, laryngoscopische Inspection

Weitere Ueberlegung aber zeigt fertigt wäre, wenn:

1. die histologische Structur die Art wäre, der sie ange jedesmal über diesen wie schluss geben müsste;
2. die histologische Structur gleichförmige wäre, irgend einer Stelle derse zuverlässiges Bild von gäbe.

Es braucht kaum auseinan Reihe von Fällen die eine oder beide, nicht zutreffen.

Was die erste derselben a lehre, dass in vielen Fällen si Geschwülste nicht ziehen lass vorkommen, dass oft die zu ristisches nicht hat, und dass durch die persönlichen Ansi das specielle Entwicklungsst kommt, bestimmt wird, a Principien.

Was hier kurz all selbstverständlich sein Der Mackenzie'sche

... krebsig, knorpelig, cystisch u. s. w. — Andere-
... Antheils gleichzeitig mit der Bildung des krebsi-
... dass die Geschwulst sofort als eine zu-
... Von mehreren gleichartigen, neben einander ge-
... diese, der andere jene Neubildung. Namentlich
... die peripherischen Theile mehr die fibröse, die
... Entwicklung erfahren, dass also die Geschwulst ge-
... Hülle, einen Balg, bekommt."

... Ausführungen fast wie für den speciellen Zweck
... erscheinen. Denn aus ihnen ergeben sich
... der Mikroskopiker zu kämpfen hat, die Fehler-
... Untersuchung, die Gründe, welche schon zu einer
... Mikrographie bei Praktikern in Misskredit gebracht haben,
... der Combination und Entwicklung verschiedener

... wie überflüssig, diesen überzeugenden Ausein-
... allgemeine Erörterungen über die in Rede stehende Frage
... nur ob, durch concrete Beispiele zu erweisen, dass
... Verhältnisse auch auf die Neubildungen des Kehl-
... finden.

... der äusserst interessante und instructive Krieg'sche
... bereits im letzten Abschnitt (vgl. S. 199) beiläufig ge-

... (Stuttgart) hatte nämlich die Güte, in seinem Bei-
... einen Fall mitzutheilen, welchen er als Beispiel von
... in eine bösartige Neubildung nach intralaryngealen
... Der Fall ist folgender:

... aus Löchgau in Württemberg, 52 Jahre alt, stellte sich am
... haselnussgrossen, grobgelappten Tumor in der vorderen
... grösster Theil unter den Stimmbändern befindlich war,
... über die Commissur hervorragte. Ueber die Vor-
... den vermuthlichen Termin des Beginnes der Neubildung etc.
... gemacht.

... 1881 Geschwulst mit Schwamm und Pincette entfernt bis
... am vorderen Theil des linken Stimmbandes. Diese
... am 8. Juli 1881 zerstört. Nach der ersten Operation am
... Untersuchung seitens des Operateurs, welche die Charaktere
... ergiebt.

... linken Stimmbande am 14. IX. 81. Entfernung.

... derselben Stelle am 7. X. 81. Galvanokaustische Zer-

... ziemlich bedeutend in der vorderen Commissur, am 17. XII.
... Production eines kleinen Defects am vorderen Ende des linken

... am 20. I. 82 an der Stelle des Defects. Entfernung.

Fünftes Recidiv in der vorderen Commissur am 18. III. 82. Galvanokaustisch entfernt.

Am 15. April 1882 alles frei, nur Vorragung in der Mitte des linken Stimmbandes.

Sechstes Recidiv am 10. VI. 82. Vordere Commissur frei, aber am linken Stimmbande zwei Lappen. Entfernung mit Pincette.

Am 17. VI. 82 erscheint das linke Stimmband bucklig. Verdacht!

Am 24. VIII. 82 auch am rechten Stimmband eine Warze.

Am 30. IX. 82 bilden beide Stimmbänder plumpe Wülste. Mikroscop ergiebt Carcinom.

Am 11. VI. 83 erscheint fast der ganze Kehlkopf durch Geschwulstmasse ausgefüllt. Rath zur Kehlkopfexstirpation.

Am 29. VI. 83 Resectio laryngis, d. h. des „unteren Theils" des Larynx durch Prof. Dr. Paul Bruns.

Am 29. VI. 84 wegen Recidivs wieder auf Prof. Bruns' Klinik.

Tod am 23. November 1884. Resultat der Autopsie Herrn Dr. Krieg nicht bekannt.

Bei dem Studium dieses Falles stiegen dem Herausgeber verschiedentliche Bedenken hinsichtlich der Auffassung dieses Falles als eines ursprünglich gutartigen auf, und er verlieh denselben in einem Briefe an Dr. Krieg Ausdruck. Welches diese Bedenken waren, erhellt aus Dr. Krieg's Antwort, welche der Wichtigkeit der Sache halber hier wörtlich wiedergegeben wird. Es muss dabei bemerkt werden, dass College Krieg sowohl die laryngoscopischen wie die mikroscopischen Befunde durch eine Serie sehr instructiver Zeichnungen illustrirt hat, welche zu unserem Bedauern hier nicht reproducirt werden können.

Der Brief Dr. Krieg's lautet:

Stuttgart, den 24. März 1888.
Königstrasse 53.

Sehr geehrter Herr College!

Ihren Brief am 13. März habe ich erhalten und beantworte jetzt Ihre erste Frage „welches war die histologische Natur der anfänglich entfernten Fragmente?" dahin, dass ich am 1. Tag der Operation des Kranken, am 6. Mai 1881, laut Aufzeichnung eine mikroscopische Untersuchung angestellt und dabei ein Papillom gefunden habe. Des Näheren über diese Untersuchung weiss ich mich nicht mehr zu erinnern, ausser dem einen, dass ich aus dem Fragment nur einen einzigen Schnitt gefertigt und untersucht habe. Heute würde ich das freilich anders machen und habe es anders gemacht: Ich besass nämlich noch sämmtliche entfernte Fragmente in Weingeist aufbewahrt und habe mehrere Stücke unter gütiger schätzenswerther Hilfe des Herrn Medicinalrath Rembold, des Prosectors der hiesigen Spitäler, heute wiederholt durchmustert: Dieser fertigte von einem Stück, das nach Grösse, Form und meiner Erinnerung unzweifelhaft als eines der am ersten Tag entfernten Fragmente angesehen werden muss, eine Reihe von Schnitten, deren Untersuchung folgendes Resultat ergab:

Im ältesten Stück findet sich ausgesprochene Pachydermie, d. h. starke Wucherung des Epithelüberzugs mit Hineinwuchern gefässhaltiger, kleinzellig infiltrirter Bindegewebspapillen in das Epithel. Das Bindegewebe unter der verdickten Epithellage ist bereits hier mit in Alveolen des Bindegewebs gelagerten Epithelnestern dicht besetzt. Es handelt sich also anatomisch um gleichzeitiges Vorhandensein von Pachydermie und Carcinom.

In einem später operirten Stück findet sich die Oberfläche ausgedehnt geschwürig zerstört, meist ohne jegliche Epithelbedeckung, so dass gleich mit der freien Fläche das Carcinom beginnt. Am Rande desselben Schnittes ist aber das Carcinom noch von Epidermis überlagert, und ist die ausgesprochen papillomatöse Wucherung (Pachydermie) in der eben besprochenen Umformung begriffen.

Es steht damit fest, dass die Geschwulst am Tag der ersten Operation, am 6. Mai 1881 papillomatöse und carcinomatöse Bestandtheile thatsächlich schon enthalten hat.

Und damit nun im Einklang steht die Beantwortung Ihrer zweiten Frage, dass auch die Erwägung der klinischen Erscheinungen des Falles, wie 1. das Alter, 2. die gleich von Anfang an so continuirlichen Recidive, 3. die Hartnäckigkeit derselben, z. B. Rückkehr trotz des am 17. Decbr. 1881 im linken Stimmband angelegten Defectes, 4. die verhältnissmässig kurze Dauer des ganzen Verlaufs [1]) (Decbr. 80 bis Juni 84), zu der Annahme drängt, dass es sich von Anfang an um eine Mischform gehandelt hat.

Wenn also mein Fall in der Frage des ursächlichen Zusammenhangs zwischen ärztlichem Eingriff und Uebergang von gutartiger und bösartiger Geschwulst scheinbar ein nur negatives Resultat ergeben hat, so freute es mich doch, wenn er durch seine anderweitigen positiven, besonders die combinirten histologischen Resultate für die Wissenschaft überhaupt und ganz besonders für den Zweck Ihrer Arbeit einen kleinen Beitrag liefern würde.

Mit ergebenstem Gruss

Dr. Krieg.

Dass der in den letzten Zeilen dieses Briefes ausgesprochene Wunsch in vollstem Maasse in Erfüllung gegangen ist, braucht kaum besonders betont zu werden. So interessant der Fall an sich ist, so ist sein Werth für die Sammelforschung hauptsächlich deshalb ein so grosser, weil er zu legitimen Schlüssen hinsichtlich anderer, analoger berechtigt! In diesem Falle wollte es ein glücklicher Zufall, dass die erst entfernten Fragmente aufbewahrt und erkennbar waren. Ihre histologische Untersuchung erwies die Berechtigung der klinischen Zweifel, die sich dem Herausgeber aufgedrängt hatten. Wären diese Fragmente aber nicht

---

[1]) Besonders der verhältnissmässig kurze Zeitraum zwischen der Entdeckung der Geschwulst und der Constatirung der Bösartigkeit! Red.

aufbewahrt, nicht von neuem mit solcher Sorgfalt untersucht worden, so hätte dieser Fall sicherlich von den Parteigängern der Degenerationstheorie als eine Stütze ihrer Anschauungen in Anspruch genommen werden, der Zweifel des Herausgebers als übertriebener und unberechtigter Skepticismus zurückgewiesen werden können! — In wie vielen ähnlichen Fällen fehlt aber das entscheidende Kriterium, das hier glücklicherweise noch angelegt werden konnte?! — — Von diesem Standpunkte giebt der Fall so viel zu denken und befestigt in so bedeutsamer Weise die Anschauung derer, die noch nicht, weil eine Neubildung ursprünglich „gutartig“ aussah und das Resultat einer mikroscopischen Untersuchung nichts Bösartiges entdecken liess, sofort zugeben wollen, dass, wenn der weitere Verlauf doch die Malignität der Geschwulst erweist, eine „Umwandlung“ vorgekommen sein muss.

Einen weiteren sehr bemerkenswerthen Fall, in dem es sich offenbar um eine Mischgeschwulst handelt und der besonders dadurch interessant ist, dass man mit grosser Wahrscheinlichkeit die carcinomatöse Infiltration als das Primäre, das Aufschiessen der gutartigen Geschwulstelemente als das Secundäre bezeichnen kann, hat uns in den allerletzten Tagen College A. Sokolowski (Warschau) zur Verfügung gestellt. Es ist folgender:

„H. Kaufmann, 42 Jahre alt. Hereditär mit Tuberculose belastet, seit 9 Jahren Husten, seit 4 Jahren Heiserkeit. Verschiedene klimatische Curen durchgemacht. In den letzten Monaten stark abgemagert. An Syphilis nie laborirt. Erste Untersuchung fand Ende Juni 1887 statt. Laryngoscopisch: Rechtes wahres Stimmband im vorderen Drittel leicht infiltrirt, Stimmband schwer beweglich, der rechte Arytaenoidknorpel leicht infiltrirt und geschwollen. Andere Theile normal. In der rechten Fossa supraspinata dextra hauchendes Exspirium. Diagnose: Aller Wahrscheinlichkeit nach beginnende Kehlkopftuberculose. Seit Anfang November progressive stenotische Erscheinungen. Ende November zweite Untersuchung. Starke Inspirationsstenose. Kehlkopf: Rechter Arytaenoidknorpel stark infiltrirt (dunkelroth). Stimmband fast unbeweglich. Das ganze vordere Drittel des rechten Stimmbandes stellt sich in Gestalt eines dicken Infiltrates in wulstiger Form dar — die andern Theile mässig geröthet. Es wurde sofort zur Tracheotomie geschritten. Im Laufe von 3 Wochen stellte sich Zerfall ein — oberflächliche Verschwärung des infiltrirten Theiles des Stimmbandes — und allmählich entwickelten sich auf der ganzen Geschwürsfläche papillöse weisse Wucherungen, die den dritten Theil des Stimmbandes gänzlich bedeckten, bis in die Rima glottidis hineinragend. Ende December wurden zur Feststellung der Diagnose zwei Papillen von der Grösse eines Hanfkorns herausgenommen; die von dem bekannten Histologen Prof. Przewoski im hiesigen pathologischen Institute ausgeführte Untersuchung derselben ergab als Resultat: Fibroma papillare. Der Allgemeinzustand des Patienten besserte sich allmählich, er fuhr nach Haus. — Mitte Februar 1888: Allgemeinzustand sehr gut. Laryngoskopisch: Das ganze Drittel des rechten Stimmbandes wie früher mit papillären weissen Wucherungen besetzt (warzenartig); Stimmband wenig beweglich; rechter Arytänoidknorpel mässig geschwollen (dunkelroth); andere Theile normal. Es wurden wieder zwei Papillen herausgenommen; der histo-

logische Befund derselbe: Fibroma papillare. In Folge dessen wurden von mir die sämmtlichen Papillen mit der Pincette herausgenommen, der ganze infiltrirte Theil des Stimmbandes mehrmals im Laufe des Monats galvanokaustisch geätzt. Resultat: Stimmband in eine Art von narbigem Gewebe verwandelt, doch wenig beweglich; Stimme weniger heiser; Athem frei. Ende März Canüle herausgenommen. Pat. hielt sich bis auf die Heiserkeit für ganz gesund, fuhr Anfang April nach Hause und fühlte sich bis Mitte August ganz wohl. Von da ab wieder allmählich entstehende Dyspnoe; Ende August wieder starke Stenose: Tracheotomie (während meiner Abwesenheit von Warschau).

Mitte November wieder vorgestellt: Allgemeinbefinden sehr gut. Laryngoskopisch: Rechter Arytänoidknorpel wie auch theilweis der linke stark geschwollen; ein Drittel des rechten Stimmbandes wieder mit warzigen Papillen bedeckt, ausserdem ein etwas grösserer Tumor von ca. 1 cm Länge, der aus dem freien Rande des Stimmbandes entsprang. Stimmband fast unbeweglich; die anderen Theile normal. Die Granulationen wurden wieder herausgenommen (15. XII.) und die histologische Untersuchung ergab wieder (zum vierten Male) die Diagnose: Fibroma. Ein paar Tage später gelang es mir den ganzen grösseren Tumor zu entfernen; derselbe wurde histologisch untersucht und zeigte die typische Structur des Carcinoma keratodes (makroskopisch sah er weiss granulös aus).

Zu diesem Falle wurden bei seiner Vorstellung in der Warschauer Med. Gesellschaft folgende epikritische Bemerkungen gemacht, die ich in kurzem hier skizzire:

1. Langdauernder Verlauf des Krebses — vor 5 Jahren erst Heiserkeit[1]) — bis jetzt keine Alteration des Allgemeinzustandes, im Gegentheil progressive Verbesserung des Ernährungszustandes.

2. Schwierigkeiten der Diagnose, besonders durch die mikroskopische Untersuchung verdunkelt.

3. Wie es scheint war es von Hause aus Krebs, denn zuerst stellte sich Infiltration ein und erst nachträglich entpuppten sich die papillären Wucherungen. Von einem Uebergang von gutartigen Geschwülsten in bösartige kann nicht die Rede sein — es waren nur stets oberflächliche Papillen herausgenommen — erst das zuletzt entfernte ziemlich grosse Stück ergab die carcinomatöse Structur.

4. Bemerkenswerth ist in diesem Falle der ausgezeichnete Erfolg der localen Behandlung — chirurgisch mit nachfolgender galvanokaustischer Aetzung —; es wurde eine Vernarbung erzielt und ein Stillstand des Processes von fast fünfmonatlicher Dauer.

Der Kranke ist bis jetzt in meiner Beobachtung."

Sehr bemerkenswerth in dem Falle erscheint — neben der Bestätigung des hohen Werthes des Symptoms der Schwerbeweglichkeit des afficirten Stimmbandes — die Vernarbung der intralaryngeal gesetzten Operationswunden. Dieselbe

---

[1]) Aus der Heiserkeit allein darf man wohl kaum schliessen, dass das Krebsleiden bereits seit 5 Jahren besteht! Red.



aufbewahrt
dieser Fall
Stütze ihre
Herausgebers
werden könn
Kriterium, d
diesem Sta
samer Weise
lich „gutartig
nichts Bösartig
Verlauf doch
kommen sein
Einen w
eine Mischges
man mit gross
Primäre, das
cundäre bezei
lowski (Warsch
„H. Kauf
Jahren Husten,
gemacht. In den
Erste Untersuch
Stimmband im
lich, der recht
Theile normal. I
Diagnose: Alle
Anfang Novembe
zweite Untersu
Arytaenoidknorpel
lich. Das ganze
eines dicken Infilt
röthet. Es wurde
stellte sich Zerfall
Stimmbandes — u
fläche papillöse w
gänzlich bedeckte
wurden zur Festst
korns herausgeno
im hiesigen path
als Resultat: Fibr
sich allmählich,
sehr gut. Laryn
früher mit papill
nig beweglich; r
Theile normal.

geschwulst.
ansehen
könnte
kann.
mehrerwähnte
der dort
Untersuchung des
Theost.
Thost.
zu Hamburg
des sich
Falle trotz
erbracht zu
Beispiel
aus-

des Werthes der mikroscopischen Untersuchung für die Diagnose bösartiger Kehlkopfneubildungen anbelangt, so haben sich folgende Collgen über diese Frage geäussert:

1. Aus der Praxis des verstorbenen Collegen Boecker (Berlin) theilt Dr. Schorler den schon früher von Boecker selbst und von den Herren V. v. Bruns und Paul Bruns (vgl. des letzteren Autors: Die Laryngotomie zur Entfernung von intralaryngealen Neubildungen, 1878, S. 143) beschriebenen Fall mit, in welchem die mikroscopische Untersuchung anfänglich keinen definitiven Aufschluss über die Natur der Neubildung gab. Der Fall wird weiterhin unter den „sicheren" Degenerationsfällen ausführlich berichtet werden.

2. Butlin (London) gedenkt seines in den Transactions of the Clinical Society, Vol. XX, 1887, p. 56 veröffentlichten Falles, in welchem die Untersuchung eines Fragmentes es anfänglich zweifelhaft liess, ob es sich um ein entzündetes Papillom oder um eine bösartige Neubildung handelte, und in welchem erst nach wiederholten Recidiven die Diagnose auf Epitheliom mit Sicherheit mikroscopisch gestellt werden konnte.

3. B. Fränkel (Berlin) schreibt: „Ich habe in einem Falle erst bei der vierten, in einem anderen erst bei der dritten Entnahme von Fragmenten den Nachweis führen können, dass Cancroid vorhanden war. Es erfolgten aber die einzelnen Entnahmen im Laufe von wenigen Tagen, so dass von einem Uebergang aus ursprünglich gutartigen Neubildungen in bösartige nicht die Rede sein kann. — Ich habe zwei Fälle von submucösem Carcinom gesehen, in denen es vor der Operation nicht möglich war, Partikel zu entnehmen. — Mehrfach konnte die Diagnose zwischen Papillom und Krebs erst durch die mikroscopische Untersuchung festgestellt werden."

4. E. Fränkel (Hamburg) schreibt: „In Fällen, wo mir per vias naturales entnommene Stücke behufs Sicherung der Diagnose übergeben wurden, habe ich ein Gutachten nur dann abgegeben, wenn die betreffenden Stücke bis in's eigentliche Schleimhautgewebe reichten und sich nicht nur auf das Oberflächenepithel beschränkten. Dann gelingt es aber nach meinen Erfahrungen auch, ein bestimmtes Urtheil zu fällen, vorausgesetzt, dass die entfernten Massen überhaupt von dem Tumor und nicht etwa aus der gesunden Umgebung stammen. — Bei den von mir klinisch beobachteten Fällen gelang die klinische Diagnose ohne Probeexcision, zum Theil freilich erst nach längerer Beobachtungsdauer."

5. Gurowitsch (Odessa) gedenkt eines Falles, in welchem die zweimalige mikroscopische Untersuchung eines bösartigen Neoplasma, das im Kehlkopftheil des Pharynx sass, keinen Aufschluss gab und erst das Uebergreifen der Geschwulst auf den Kehlkopf selbst die Diagnose sicherte.

6. Hopmann (Köln) beantwortet die betreffende Frage der Sammelforschung wie folgt: „Ja, d. h. in der allerersten Zeit, wo die betreffende Neubildung, meist papilläres Epitheliom, zur Beobachtung bezw. zur Operation kam. Indessen stellte sich in diesen Fällen gewöhnlich sehr bald durch Verbreitung des Processes trotz gründlicher Entfernung (welche in den Fällen von gutartigen Papillomen erfolgreich zu sein pflegt) mit Sicherheit der krebsige Charakter des Leidens heraus. Im Uebrigen bemerke ich, dass diese Fälle gewöhnlich bei vor-

gerückterem Alter vorkommen und deshalb meist von vornherein verdächtig erscheinen, während die überwiegende Zahl meiner Papillomfälle dem kindlichen und jugendlichen Alter angehören."

7. Jurasz (Heidelberg) berichtet folgende, hierher gehörige Fälle: „1. In einem Falle, in welchem die klinische Diagnose auf Sarcom gestellt und aufrecht erhalten wurde, die Exstirpation des Kehlkopfes aber wegen schlechten Kräftezustandes des Patienten nicht vorgenommen werden konnte (Czerny) — lautete die anatomische Diagnose der intralaryngeal exstirpirten Tumorstücken: „Granulationsgeschwulst". Der Tumor wurde galvanokaustisch zerstört und die nachfolgenden Recidive auf dieselbe Weise bekämpft. Hierdurch wurde die Tracheotomie vermieden. Patient starb an einer croupösen Pneumonie in einem Zeitintervall relativen Wohlbefindens seitens des Kehlkopfes. Section nicht gemacht. — 2. In einem Fall von Carcinom (1887) wurden 2 intralaryngeal exstirpirte grössere Tumorstücke anatomisch als „Adenome" erkannt. Erst ein 3. aus einer anderen Stelle des Tumors entferntes Stück erwies sich als zweifelloses „Carcinom". Resection des Kehlkopfes (Czerny) unter relativ guter Prognose. Tod an Pneumonie."

8. Des Krieg'schen Falles ist bereits oben gedacht.

9. Major (Montreal) schreibt: „Wenn die Substanz der Neubildung bis in genügende Tiefe entfernt worden war, fiel die mikroskopische Untersuchung befriedigend aus, aber nicht immer, wenn nur oberflächliche Fragmente untersucht wurden."

10. Malmsten (Stockholm) hat einen Fall von papillomatösem Sarcom gesehen, in welchem die mikroskopische Untersuchung „vor der Operation" keinen Aufschluss gab. Nach der Operation (es ist augenscheinlich eine Radicaloperation gemeint. Red.) bildete sich ein Recidiv aus, es entstanden Lymphdrüsenmetastasen und zwei Jahre später erfolgte der Tod.

11. O. u. G. Masini (Genua und Turin) haben zwei Fälle gesehen, in welchen der spätere Verlauf die Krebsdiagnose sicherte, die mikroskopische Untersuchung entfernter Fragmente aber eine exacte Diagnose zu stellen nicht gestattete, da die vorhandenen epithelialen Zellen weder eine für Krebs charakteristische Anordnung noch eine Tendenz zur Infiltration tieferer Gebilde zeigten.

12. Massei (Neapel) schreibt: „Es ist mir mehrere Male begegnet, dass die mikroskopische Untersuchung zu Gunsten eines Papilloms sprach und dass es sich in Wirklichkeit um ein Epitheliom handelte, wie es der weitere Verlauf des Leidens bewies. Aus diesem Grunde lege ich auf gewisse klinische Zeichen grossen Werth. Im Laufe des letzten Jahres habe ich meinen Schülern einen Fall zeigen können, in welchem das Mikroskop auf Papillom schliessen liess, während ich die Diagnose „Epitheliom" stellte. Der Verlauf hat bewiesen, dass ich recht hatte."

13. Monastyrski (St. Peterburg) berichtet folgenden Fall: „Kaufmann, 67 Jahre alt, seit Ende Mai 1887 Athembeschwerden. Unterhalb des linken Stimmbandes breit aufsitzende, an der Oberfläche glatte, sehr weiche Geschwulst von der Grösse einer kleinen Wallnuss. 10. September 1887 Laryngofissio, Entfernung mit dem Messer, Cauterisatio mit Platina candens (von meinem Assistenten

Dr. Filing). Wunde geheilt, trägt noch Canüle. Mehrfach von Dr. Rauchfuss untersucht, bis jetzt kein Recidiv. Mikroskopische Untersuchungen von Prof. M. Affanasjew ausgeführt, gab kein klares Bild; vielleicht Sarcom."

14. Navratil (Budapest) berichtet einen Fall, in welchem die mikroskopische Untersuchung eines nach der Tracheotomie ausgehusteten Fragments einer vielumstrittenen Neubildung keinen Anhalt für Carcinom bot, während bei der Obduction ihre krebsige Natur mit Sicherheit festgestellt wurde.

15. Newman (Glasgow) schreibt: „In vier Fällen wurde erst nach der Entfernung fast der ganzen Geschwulst eine Structur gefunden, welche die wahre Natur der Neubildung (Epitheliom, in einem Falle Sarcom) aufdeckte. Der Rest der Gewebe war zweifelhafter Structur und erinnerte an schnell wachsende Papillome, in einem Falle an Adenom." (Letzterer wird weiterhin ausführlich mitgetheilt. Red.)

16. Schmiegelow (Kopenhagen) schreibt: „Folgenden Fall habe ich in der allerletzten Zeit beobachtet. Eine Patientin, 46 Jahre alt, wurde mir mit der Diagnose: „Carcinoma laryngis" zur Operation zugesandt. Die Diagnose war in Folge von mikroskopischer Untersuchung von endolaryngeal entfernten Stücken der Geschwulst gestellt. Es handelte sich um eine das rechte Taschenband diffus infiltrirende Geschwulst, die seit acht Monaten bestand. Nachdem ich die Geschwulst mittelst Resection der rechten Hälfte der Cartilago thyroidea und der rechten Cart. arytaenoidea entfernt hatte (nach vorhergegangener Tracheotomia inferior) zeigte es sich, dass die Geschwulst ein Adenom war. Die Patientin genas, und die Canüle konnte entfernt werden. Trotzdem, dass das klinische Bild und die mikroskopischen Untersuchungen kleinerer Fragmente der Geschwulst auf einen malignen Tumor hingedeutet hatten, war es also doch eine gutartige Neubildung!" — (Der Fall wird später in der Revue mensuelle de Laryngologie ausführlich erscheinen.)

17. v. Schroetter (Wien) hat Fälle gesehen, in denen die mikroskopische Untersuchung entfernter Fragmente anfänglich keinen Aufschluss gab, „in denen aber entweder der Verlauf oder die spätere mikroskopische Untersuchung die Richtigkeit der klinischen Diagnose: Carcinom feststellte."

18. Der Semon'schen Erfahrungen ist bereits in der Einleitung (S. 134) wie in diesem Kapitel Erwähnung gethan.

19. Sidlo (Wien) theilt mit, dass er keine Beobachtungen constatirt habe, denenzufolge die mikroskopische Untersuchung keinen Aufschluss gegeben habe.

20. Stoerk (Wien) sagt: „Kneipt man oben vom Integument ein Stück Schleimhaut ab, so findet man die Zeichen nur einer hyperaemischen Schleimhaut, geht man aber tiefer oder auf aufgebrochene exulcerirte Mucosa, so findet man immer Krebsbefunde."

21. Thost (Hamburg), der sich mit dieser Frage in letzter Zeit specieller beschäftigt hat (s. oben), sagt: „Unterzeichneter hat am 21. Febr. 88 im ärztlichen Verein zu Hamburg den Kehlkopf des von Störk (Med. Wiener Wochenschrift, No. 39 und 40. 1887) operirten David Franzos aus Tarnopol demonstrirt, wo neben Carcinom im vorgelegten makroskopischen und mikroskopischen Präparat Partien sich fanden, die vom Papillom sich

nicht unterscheiden lassen und dazu bemerkt: gewisse pathologische Reize namentlich Tuberculose, Syphilis und auch Carcinome rufen in der Umgebung der Schleimhaut, die erkrankt ist, circumscripte Wucherungen des Papillarkörpers hervor, die von Papillomen kaum zu unterscheiden sind. Das findet man viel bei Tuberculose, wie eigene mikroskopische Untersuchungen bei Tuberculose beweisen. Findet sich ein scheinbares Papillom an einer Stelle und recidivirt wiederholt an derselben Stelle, so handelt es sich um ein in der Tiefe liegendes Carcinom Probeexcision führt hier sicher irre. Totalexstirpation oder halbseitige ist hier angezeigt."

22. Des Clinton Wagner'schen einschlägigen Falles ist bereits im Beginne dieses Kapitels (vgl. S. 307) gedacht.

Uebersieht man die vorstehenden Zeugnisse, so scheint sich auf den ersten Blick ein sehr absprechendes Urtheil über den Werth der mikroscopischen Untersuchung zu ergeben. Denn fast alle diejenigen, welche sich über die Frage überhaupt geäussert haben, wissen von der Unzuverlässigkeit der Methode zu berichten, und nur wenige, wie B. und E. Fränkel, Hopmann, Stoerk haben ein gutes Wort für sie übrig.

Es wäre aber ganz unrichtig, auf Grund dieser Zeugnisse die Methode zu verurtheilen.

In erster Linie muss man sich erinnern, dass die Fragestellung der Sammelforschung nicht so formulirt war. dass die Theilnehmer aufgefordert wurden, ein Gesammturtheil über den Werth der Methode abzugeben. Die betreffende Frage lautete vielmehr nur: „Hat der Beobachter Fälle bösartiger Kehlkopfgeschwülste gesehen, in denen die mikroscopische Untersuchung entfernter Fragmente keinen Aufschluss gab?" — Die citirten Zeugnisse sind daher nur als Antworten auf diese concrete Frage aufzufassen, und es ist selbstverständlich nichts weniger als ausgeschlossen, geht vielmehr aus der Form mancher Antworten direct hervor, dass der Erfahrung des betreffenden Beobachters nach die betreffenden, hierher gehörigen Fälle nur Ausnahmen von der allgemeinen Regel darstellten, derzufolge sich die mikroscopische Untersuchung in solchen Fällen vortrefflich bewährte.

Zweitens darf nicht übersehen werden, dass unter 107 Theilnehmern an der Sammelforschung nur 20 von ungünstigen Erfahrungen zu berichten wissen. In Anbetracht des Umstandes, dass sich die mikroscopische Untersuchung in solchen Fällen bis zum vorigen Jahre doch unzweifelhaft anerkannten Bürgerrechts erfreut hat. dürfte es wohl nicht vermessen sein, auch aus der verhältnissmässig kleinen Zahl derjenigen, die Beweise von der Fehlbarkeit des Mikroscops erhalten haben, den Schluss zu ziehen, dass diese Fehlbarkeit sich verhältnissmässig nur in Ausnahmefällen documentirt hat.

Die allgemeinen, praktischen Schlüsse, die wir daher hinsichtlich des Werthes der Methode für die hier in Rede stehenden Fälle ziehen möchten, sind folgende:

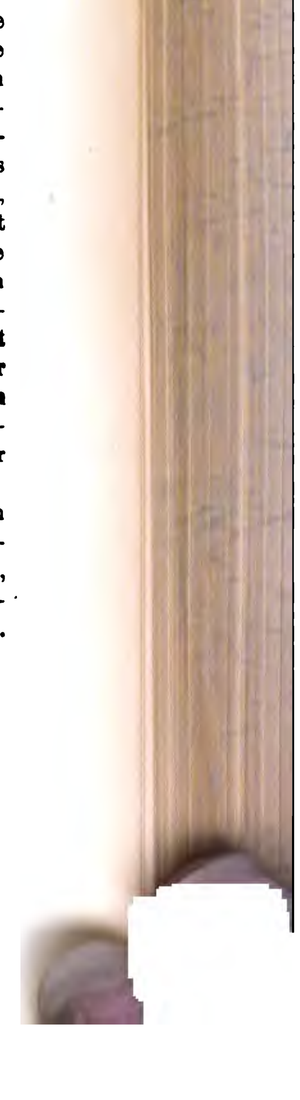
Die mikroscopische Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente in Fällen zweifelhafter Kehlkopfneubildungen ist eine werthvolle, aber nicht unfehlbare Hilfsmethode der klinischen Diagnose. Sie sollte in allen Fällen vorgenommen werden, in



denen sie möglich ist. Dies ist durchaus nicht immer der Fall, da z. B. in Fällen submucösen, infiltrirenden Carcinoms eine intralaryngeale Entfernung von Fragmenten nicht vorgenommen werden kann. Ist eine solche Entfernung überhaupt statthaft, so vergesse man nie: 1. dass die Untersuchung nicht nothwendiger Weise für irgend eine Geschwulstform überhaupt charakteristische Ergebnisse liefern muss; 2. dass, selbst wenn die Untersuchung anscheinend charakteristische Resultate liefert, die Möglichkeit einer **Misch**geschwulst im Auge behalten werden muss. Dies gilt besonders in solchen Fällen, in welchen die Neubildung **klinisch** verdächtig ist und das Mikroscop anscheinend Beweise für ihre Gutartigkeit liefert. Aber auch das Umgekehrte ist möglich, wie es der **Schmiegelow'**sche Fall (s. o. No. 16) lehrt. Es wird sich daher stets empfehlen, die mikroscopische Untersuchung, wenn irgend möglich, in diesen Fällen von einem erfahrenen pathologischen Anatomen vornehmen zu lassen. Derselbe kann aber nur eine Meinung über das ihm unterbreitete Fragment und nicht über die Krankheit selbst geben, an welcher der Patient leidet, ausser wenn er in diesem Fragment **positive** Anzeichen einer bösartigen Neubildung entdeckt. Die Untersuchung darf sich nicht auf die Betrachtung eines einzelnen Schnittes beschränken, sondern muss das ganze, in feine Schnitte zerlegte Fragment in ihr Bereich ziehen, ausser wenn sich schon vorher die Diagnose der Malignität mit Sicherheit stellen lässt. Erforderlichen Falls ist die vorsichtige intralaryngeale Entfernung und mikroscopische Untersuchung von Fragmenten zweifelhafter Geschwülste mehrere Male zu wiederholen, **ausser wenn in der Zwischenzeit klinische Symptome, welche sich nicht mit unseren gegenwärtigen Kenntnissen von der Symptomatologie gutartiger Geschwülste vereinbaren lassen, den bösartigen Charakter der zweifelhaften Neubildung mit Sicherheit feststellen.** In solchen Fällen ist eine anderweitig indicirte Radicaloperation **nicht** bis zur Bestätigung der Diagnose durch das Mikroscop zu vertagen.

Bei der Beobachtung dieser Vorsichtsmassregeln dürfte der mikroscopischen Untersuchung die ihr gebührende Stellung bei der Diagnose zweifelhafter Kehlkopfgeschwülste gesichert bleiben. Der wenigen merkwürdigen Fälle, in welchen, obwohl die mikroscopische Untersuchung Krebs ergab, intralaryngeale Operationen dauernde Heilung herbeiführten, wird weiterhin ausführlich gedacht werden.

(Fortsetzung folgt.)



II. Referate.

a. Allgemeines, Therapeutisches, Instrumente.

1) **G. Hunter** (Linlithgow). **Die Stellung des Specialismus in der allgemein Praxis (Hals und Nase). (The place of specialism in general practice [the thro and nose].)** *Edinburgh Med. Journal. Mai 1888.*

Ein Theil dieser vor der Edinb. Med. Chir. Society verlesenen Arbeit leh den Werth specialistischer Kenntnisse bei Leiden dieser Theile in der allg meinen Praxis. Der Autor beherrscht, wie die fesselnd geschriebene, danken werthe Arbeit zeigt, unsere Literatur in sehr bemerkenswerther Weise, do förderte sie naturgemäss, ebenso die darauf folgende Discussion, kaum etw Neues zu Tage. M'BRIDE.

2) **IX. Jahresbericht der Nürnberger medicinischen Gesellschaft und Poliklin für 1887.**

Aus dem vorliegenden Bericht sind von den an poliklinischen Kranken au geführten grösseren Operationen hervorzuheben: 1 mal Extraction von Nase polypen, 1 mal Entfernung eines Kehlkopfpolypen, 4 mal Tonsillotomie, 2 mal En fernung von adenoiden Vegetationen. An verschiedenen Krankheiten der Na und des Nasenrachenraumes wurden 50 Kranke behandelt. SEIFERT.

3) **Zeinemann-Lange** (Weimar). **Emphysem des Gesichts, Halses und der Bru bei unverletzter Thoraxwand.** *Correspondenzblatt des allgem. ärztlichen Verei von Thüringen. 6. 1888.*

Bei einem 3 jährigen Kinde war in Folge von Bronchitis capillaris und d durch bedingte heftige Hustenparoxysmen ein Hautemphysem vom Kinn über d vordere Halsgegend bis zur 4. Rippe sich erstreckend entstanden. SEIFERT.

4) **A. W. Toot. Argyriasis. (Argyriasis.)** *Dublin Journal of Medical Scien Februar 1888.*

In einer Sitzung der Royal Academy of Medicine in Irland beschrieb Fo einen Fall von Dunkelfärbung der Haut nach 8jährigem (wie oft? Ref.) T chiren des Halses mit Arg. nitr. in Substanz. Er empfiehlt den Gebrauch Natr. subsulfuros. mit Silber und behauptet, dass diese Mischung alle Wirkung des Höllensteins hätten ohne die Tendenz, die Haut schwarz zu färben.

In der Discussion kamen folgende Punkte zur Sprache: Fitzgibbon Argyriasis zweimal nach lang fortgesetzter Anwendung des Arg. nitr. im Ha gesehen. Er scheint geneigt zu glauben, dass Jodkali günstig auf die Entfernu der Flecke wirke. Head neigt zu der Ansicht, dass Argyriasis nicht stets du Verschlucken des Silbersalzes entstehe, indem er einen Fall beschreibt, welcher s bei einer Dame nach wiederholten Scheideninjectionen, welche Höllenstein e hielten, ereignete. Der Präsident (Dr. Little), Dr. Duffey, Mr. Story u Dr. Bull betheiligten sich gleichfalls an der Discussion. Mc. BRIDE.

5) E. H. Greves (Liverpool). **Die „Mont-Dore-Kur", wie sie in Bournemouth zur Behandlung der Krankheiten der Respirationsorgane ausgeführt wird. (The „Mont-Dore-Cure", as practised at Bournemouth in the treatment of diseases of the respiratory organs.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Januar 1888.*

Eine Beschreibung der Methoden zur Ausführung dieser Behandlung und Besprechung ihrer Indicationen. M'BRIDE.

6) **Quinlan. Die Quellen und Bäder von Ems. (The springs and baths of Ems.)** *Dublin Journal of Medical Science. Mai 1888.*

Eine Beschreibung von Ems und der daselbst angewandten Behandlungsmethoden. Mc. BRIDE.

7) **D. E. Flinn. Glengariff als Winterkurort. (Glengariff as a winter health resort.)** *Dublin Journal of Medical Science. Mai 1888.*

Der Titel weist auf den Inhalt der Arbeit hin. M'BRIDE.

8) **J. Drzewiecki** (Warschau). **Ein Apparat zur Inhalation von Salmiakdämpfen in statu nascenti. (O chlorku amonu, jako srodku do wdechari w cierpieniu drog oddechowych.)** *Gazeta lekarska. No. 44. 1887.*

Der Apparat besteht aus drei Erlenmayer'schen Flaschen, die nach Art der Spritzflaschen zwei durch den Gummipropfen geführte Glasröhren enthalten, mit einander durch Kautschukschläuche verbunden sind, und von denen die erste destillirtes Wasser, die zweite gewöhnliche Salzsäure, die dritte Liq. ammonii caustici enthält. Die mit Wasser gefüllte Flasche besitzt ein mit einem Mundstück versehenes Gummirohr, durch welches durch Aspiration die in den anderen zwei Flaschen entstehenden Dämpfe in die Sammelflasche hineinbefördert, gereinigt und inhalirt werden.

V. hält diese Einathmungen für indicirt bei chronischer Bronchitis, Rhinitis, Tubencatarrh, auch im Anfange der Larynxphthise (mit Zusatz von Terpentinöl).

Die Concentration des Liq. ammonii caustici erfordert eine besondere Controle; es muss die Flüssigkeit jede Woche erneuert werden. Das bisher spärliche Beobachtungsmaterial erlaubte es dem V. bisher nicht, definitive Schlüsse über den Werth dieser Methode zu liefern. HERYNG.

9) **Farnos** (Klausenburg). **Die Anwendung des Schwefelwasserstoffgases bei Lungenschwindsucht.** *Pester med. chir. Presse. No. 7. 1888.* Aus *„Orvos-Természettudományi Ertesito"; orvosi szak. Heft 3. 1887.*

F. fand bei 10 Kranken nach 6—33tägiger Behandlung keine Besserung der Symptome. CHIARI.

10) **Pávai-Vajna** (Pressburg). **Ueber den therapeutischen Werth der Bergeon'schen Kohlensäure-Gasinjectionen in den Mastdarm bei lungensüchtigen Kranken.** *Pester med. chir. Presse. No. 1. 1887.*

P. verwendete einen modificirten Gasinjector und injicirte damit 2 mal täglich ein Gemenge von Kohlensäure und Schwefelwasserstoff u. z. immer 2 bis 3 Liter davon. Auf die Bacillen und auf den localen Lungenprocess fand kein

Einfluss statt, wohl aber besserte sich der Auswurf, Hustenreiz und Schweiss, das Fieber und die Ernährung. Nach P. hat diese Methode jedenfalls so viel Werth als die Kreosotbehandlung, ist aber sehr lästig. CHIARI.

11) **Schuster** (Aachen). **Die Bergeon'schen Kohlensäure - Schwefelwasserstoff-Klystiere bei Erkrankungen der Lunge und des Kehlkopfes.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 13. S. 297. 1888.*

Es gehört die, durch persönliche Unterweisung des Erfinders gesteigerte Begeisterung des Verfassers für das an sich etwas proctophantastische Verfahren Bergeon's dazu, um durch die mitgetheilten Fälle überzeugt zu werden, dass Klystiere von natürlichem Schwefelwasserstoff und Kohlensäure einen heilenden Einfluss auf den Kehlkopf üben. Denn aus eigener Erfahrung theilt Sch. nur folgende zwei Beobachtungen mit: Erstens einen günstigen Verlauf einer pneumonischen Affection bei einem wegen specifischer Perichondritis laryngea Tracheotomirten und zweitens das Verschwinden des Krampfhustens in der Endperiode des Keuchhustens bei seinem eigenen 15 Monate alten Kinde.

B. FRAENKEL.

12) **Karika** (Ungarn). **Ueber die Anwendung der Dr. Bergeon'schen Gasmischung zu Inhalationen.** *Wiener med. Presse. No. 2. 1888.*

K. machte seine Versuche zuerst mit einer Mischung von Schwefelwasserstoff und Kohlensäure, indem er eine Lösung von Kalium sulfurat. und Natrium hydrocarbon. in heissem Wasser verdampfen liess und etwas Weinsäure zusetzte. Die Dämpfe liess er einmal täglich durch 10—15 Minuten einathmen. Später liess er die Soda weg, weil die Kohlensäure zu flüchtig ist, und wendet jetzt nur die Dämpfe der Lösung des Kal. sulfurat. an. An 50 Tuberculösen konnte er feststellen, dass diese Einathmungen unschädlich sind, Husten und Athembeschwerden mildern und die Ernährung bessern, aber dass sie keine radicale Heilung bewirken. Jedenfalls sind sie angenehmer als die Darminjectionen.

CHIARI.

13) **Fritsche** (Berlin). **Ueber die Sozojodoltherapie auf rhino-laryngologischem Gebiete.** *Therapeutische Monatshefte. 6. 1888.*

Fr. empfiehlt die Sozojodolpräparate für die Specialbehandlung der Nase und des Kehlkopfs und zwar für Katarrhe mit Tendenz zur Eintrocknung des Secretes (Laryngitis sicca, Rhino-Pharyngitis sicca). Bei diesen Formen kam das Kalium- und Natriumsalz pure, das Zinksalz in 5—10facher Verdünnung mit Milchzucker zur Anwendung. Bei inveterirten Ozaenafällen erwies sich die Hg-Verbindung in anfänglich schwacher, später stärkerer Concentration zum Theil mit dem Zinksalz täglich abwechselnd insufflirt ungemein vortheilhaft. Bei der hypertrophischen Rhinitis wurde durch die ersten 3 Präparate, bei der Tuberculose des Larynx durch das Zinksalz guter Erfolg erzielt. SEIFERT.

14) **Th. Meyer. Ueber Aetzungen mit Chromsäure. Dissertation. Würzburg** P. Scheiner. 1888.

Fleissige und sorgfältige Arbeit über alle bisher erschienenen Mittheilungen über die Anwendung der Chromsäure in Nase, Rachen, Kehlkopf mit Beschreibung mehrerer selbstbeobachteter Fälle aus der Praxis des Herrn Dr. O. Seifert.

SCHECH.

15) **Krieg** (Stuttgart). I. **Eine einfache zweckentsprechende Kehlkopflampe.** II. **Ersatz der Galvanokaustik in der Nase und Rachen durch Paquelin's Thermocauter.** *Württemberger med. Correspondenzblatt. No. 20. 1888.*

Die Lampe, welche K. empfiehlt, hat 2 concentrische Ringbrenner, deren Flammen sich schneiden; ihre Leuchtkraft ist eine sehr grosse und kann dieselbe deshalb bestens empfohlen werden. Statt der Galvanokaustik empfiehlt dann ferner K. die Anwendung passend geformter Thermocauteren nach Paquelin in Nase, Rachen und Nasenrachenraum. Er hat dieselben 690mal angewendet bei hypertrophischen Nasenmuscheln, Papillomen, bei Blutungen der Nase, bei Granulationen des Rachens zur Zerstörung der Wurzeln der Nasenpolypen, zur Verkleinerung der Gaumentonsillen, Zungenmandeln, ferner bei Pharyngomycosis leptothricia. Man braucht zu dem Handgriffe 4 Ansätze, das Ganze kostet demnach 84 Mark und ist zu haben bei Carl Schmid, Stuttgart, Kreiginstrasse 37.

SCHECH.

16) **Brockmann** (Kalisz). **Die Gottstein'sche Röhrenzange.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde. No. 6. 1888.*

B. macht darauf aufmerksam (gegenüber Dr. Kayser), dass die Gottstein'sche Röhrenzange ihm bei der Operation eines festen Fibroms abbrach und dass man dieselbe da, wo grosse Kraftentwickelung nöthig sei, nicht anwenden solle.

SCHECH.

17) **Eulenburg** (Berlin). **Eine modificirte Ohr- und Kehlkopfelectrode.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 5. 1888.*

E. construirte eine Electrode, deren in das Ohr einzuführender Theil in eine Platinschlinge endet, welche mit einem kleinen Wattebausch umwickelt und gut befeuchtet wird; an der Electrode befindet sich eine Unterbrechungsvorrichtung; die Electrode kann bei zweckentsprechender Modification auch im Kehlkopfe gebraucht werden.

SCHECH.

b. Nase und Nasenrachenraum.

18) **Bresgen** (Frankfurt a. M.). **Nasenkrankheiten.** *Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde. II. Auflage.*

Der vorliegende Titel umfasst die allgemeine Pathologie und Therapie der Nasenkrankheiten, deren besondere Pathologie und Therapie (Anomalien der Nasenhöhle und Verkrümmungen des Septum, Rhinitis acuta. Rhin. chronica, Geschwülste, Diphtherie, Erysipel, Rotz, Syphilis, Tuberculose, Lupus, Lepra, Rhinosclerom, Parasiten, Mycosen, Fremdkörper, Nasensteine und Neurosen).

SEIFERT.

19) **Nothnagel** (Wien). **Geschwulst der Vierhügel. Hydrocephalus. Abfliessen von Cerebralflüssigkeit durch die Nase.** *Wiener med. Blätter. No. 6, 7 u. 8. 1888.*

Bei einem 17jährigen Patienten, der durch nahezu 4 Jahre auf der Klinik N.'s an Hydrocephalus acquisitus behandelt wurde, trat in den letzten Wochen vor dem Exitus reichlicher Ausfluss aus dem rechten Nasenloche und in spärlicher

Menge aus dem rechten Auge auf. Die chemische Untersuchung der Flüssigkeit erwies, dass es sich um cerebrale Flüssigkeit handelte; von derselben entleerten sich im Ganzen über 2 Liter. Dieser Ausfluss blieb öfters aus, und an sein letztes Ausbleiben schloss sich eine solche Steigerung der diffusen Hirnsymptome, dass dieselbe unter praeagonaler Temperatursteigerung zum Tode führte. Das Geruchsvermögen seit Jahren herabgesetzt, ging in den letzten Monaten ganz verloren. Die rhinoskopische Untersuchung, sowie die Section erwiesen die Nase, die Lamina cribrosa, die Dura, das Gehirn und die Wände der wohl enorm ausgedehnten Seitenventrikel unverletzt, dagegen den 4. Ventrikel durch den Tumor gegen den Aquaeductus Sylvii abgeschlossen. Es konnte also der Ausfluss nicht aus den Ventrikeln, sondern nur aus den Subarachnoidealräumen stammen und zwar floss der Liquor entweder in den eigentlichen Lymphbahnen oder in den perineuralen Scheiden der Olfactoriuszweige. Diese letztere Möglichkeit ist umsomehr zu berücksichtigen, da der Olfactorius selbst durch Druck atrophisch war. Warum aber der Ausfluss zeitweilig aufhörte und nur aus einer Nasenseite erfolgte, lässt sich nach N. nicht erklären. Der Ausfluss aus dem Auge lässt sich entweder durch Annahme des Eindringens der Flüssigkeit aus der Nase durch den Thränennasengang in den Bindehautsack erklären, oder durch eine Communication von dem Arachnoidealsacke nach dem Auge zu. In Bezug auf viele höchst wichtige Details dieses seltenen Vorkommens muss auf das Original verwiesen werden.

CHIARI.

20) Groh (Olmütz). **Ueber das Abfliessen von Cerebralflüssigkeit durch die Nase.** *Wiener med. Blätter. No. 9. 1888.*

G. erwähnt eines Burschen von 14 Jahren, der blödsinnig war und an hochgradigem Hydrocephalus litt; bei demselben trat, sobald er sich auf die rechte Seite legte, Ausfluss einer klaren serösen Flüssigkeit aus der rechten Nasenseite auf. Näheres kann G. nicht darüber angeben, da der Kranke vor vielen Jahren in seiner Behandlung stand und seitdem sich nicht mehr sehen liess.

CHIARI.

21) v. Hacker (Wien). **Ueber die Verwendung eines eine Periost-Knochenspange enthaltenden Stirnlappens zur Rhinoplastik.** Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Aerzte am 6. April 1888. *[illegible] No. 2. 1888.*

Der Stirnlappen wird in der gewöhnlichen Form und Grösse umschnitten, aber zugleich in [illegible] Nasenrücken und das Septum bestimmter [illegible] transplantirt. Der Lappen wird dann umgeklappt, in gewöhnlicher Weise befestigt und an Stelle der Nasenspitze wird die Knochenspange [illegible] damit in 2 Fällen sehr günstige Resultate. [illegible] wo auch einige Abbildungen das [illegible]

CHIARI.

22) Pfeo (Tone). **Ueber plastische Operationen im Gesicht.** Inaug.-Dissertation. Würzburg. 1887.

Von den [illegible] waren, betrafen [illegible] Entfernung der Neubildung [illegible] Wange ersetzt.

SEIFERT.

23) **Bayer** (Prag). **Zur Technik der partiellen Rhinoplastik.** *Prager med. Wochenschrift. No. 10. 1888.*

Es handelte sich um 2 Knaben, denen in Folge von Lupus die beiden Nasenflügel und die Nasenspitze fehlten. In einem Fall, wo der linke Nasenflügel theilweise erhalten war, bildete B. einen Lappen aus demselben und der Haut des Nasenrückens und bedeckte den Defect des Rückens mit einem Rasirschnitt nach Thiersch. Im 2. Falle bildete er beide Nasenflügel aus Wangenlappen, deren wunde Flächen er ebenfalls durch Rasirschnitte deckte. Die Anheilung der Rasirschnitte erfolgte anstandslos unter feuchtem essigsaurem Thonerdeverband. Das Endresultat war beide Male günstig. CHIARI.

24) **Aronsohn** (Berlin-Ems). **Die elektrische Geruchsempfindung (neue Beweise).** *Centralblatt für die medicin. Wissenschaften. 20. 1888.*

A. bringt noch einen Nachtrag zu seiner früheren Arbeit über den gleichen Gegenstand (Du Bois-Reymond's Archiv 1884 u. 1886). Er berichtet über Versuche, die er an 12 Personen über elektrische Reizung des N. olfactorius angestellt hat; von 10 dieser Individuen (darunter 4 Mediciner) wurde eine eigenartige Geruchsempfindung wahrgenommen, die schon mit einem bekannten Geruch verglichen werden konnte.

Interessant ist besonders, dass ein 12jähriges Mädchen mit Rhinitis atrophicans, bei welchem die normale Geruchsempfindung stark herabgesetzt war, bei der elektrischen Reizung des N. olfactorius einen starken Geruch empfand. SEIFERT.

25) **E. R. Albin. Coryza oder acuter Nasencatarrh. (Coryza or acute nasal catarrh.)** *Medical Brief. XVI. 6. 1888.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

26) **Jos. Cleland. Hypertrophische Rhinitis. Ihre Beziehung zur Kindheit. (Hypertrophic rhinitis. Its relation to childhood.)** *American Lancet. Detroit. Februar 1888.*

Der wichtigste Factor für die Entstehung des Leidens bei Kindern ist häufige Erkältung, die, wegen des Alters des Patienten, vernachlässigt wurde. Das hervorstechendste Symptom bei Kindern ist Störung der Nasenathmung. Diese Störung tritt mehr hervor und ist auch ernster zu nehmen als bei Erwachsenen. Man sollte auf die Anfälle von Coryza deshalb mehr achten und, sobald eine Rhinitis sich entwickelt hat, die Behandlung dahin richten, das die hypertrophischen Veränderungen verhütet werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

27) **Adolph Bronner** (Bradford). **Ozaena; ihre Natur und Behandlung. (Ozaena; its nature and treatment.)** *Medical Press and Circular. 4. April 1888.*

B. beschreibt die verschiedenen Ursachen der Ozäna und die hierfür geeignete Behandlung. Von den 25 Fällen, welche er jüngst in Behandlung hatte, waren 15 durch chronische, atrophische Rhinitis, 1 durch Erkrankung der Keilbeinzellen, 2 durch Empyem der Highmorshöhle und 6 durch syphilitische Caries bedingt.

Er beschreibt zwei der interessantesten Fälle, von denen der eine die Folge



eines Abscesses des Antrums (bei einer 54jährigen Frau) und mit Erfolg drainirt worden war. Der andere, bedingt durch eine Eiterung der Keilbeinzellen, wurde gleichfalls geheilt.
A. E. GARROD.

28) **Ad. Barth** (Berlin). **Behinderte Nasenathmung und eitrige Mittelohrentzündung.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 2. S. 31. 1888.*

Eine Verlegung der Nasenathmung könne unter Umständen die Veranlassung zu einer acuten oder chronischen Mittelohreiterung abgeben. Dies werde bewiesen einmal durch die Beobachtung, dass nach galvanokaustischen Aetzungen der Muscheln ohne Verletzung der Tuba solche Ohrentzündungen auftreten könnten (zwei Beispiele), dann aber durch das Verschwinden derselben nach operativen Eingriffen, die die Nasenathmung wieder herstellten (ein Beispiel). Um zu verhindern, dass nach Eingriffen in der Nase Ohrentzündungen aufträten, empfehle es sich, zwischen zwei Zuständen zu unterscheiden. Bei dem einen seien die Weichtheile so gewulstet, dass sie sich selbst, nachdem durch Einwirkung von Cocain eine ziemliche Zusammenziehung stattgefunden hat, mit der Sonde wie ein Lappen hin- und herbewegen lassen. In den meisten Fällen würde diese Klasse vertreten werden durch die sogenannte Hypertrophie des Schwellkörpers. Die zweite Art ist die, wo meist schon bei verhältnissmässig grosser knöcherner Muschel nicht nur die Schleimhaut dieser, sondern die ganze Auskleidung des Nasenganges, besonders aber des Nasenbodens und selbst des Septums eine gleichmässige, oft in Wülsten vorspringende Schwellung zeigt. Bei der ersteren Art seien energische Aetzungen und die Anwendung der Schlinge zur Entfernung grösserer Stücke (ein Beispiel wird demonstrirt), bei der zweiten wiederholte oberflächliche Aetzungen mit dem Galvanokauter, adstringirende Medicamente und in der Nachbehandlung ein Schnupfpulver mit 10—5 pM. Cocaïn indicirt. Jedenfalls aber müsse die Behinderung der Nasenathmung beseitigt werden, um die drohenden Mittelohrentzündungen zu verhindern, bereits bestehende, sogenannte trockene Catarrhe und deren Folgen und ebenso acute und chronische Eiterungen auf die Dauer zu bessern und zu heilen.
B. FRAENKEL.

29) **Gruhn** (Würzburg). **Ueber Dacryocystoblennorrhoe bei Erkrankungen der Nase.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 27. 1888.*

Das Vorkommen gleichzeitiger Nasenerkrankungen bei Affectionen des Thränennasencanals ist ein sehr häufiges, wie die von G. gegebene Statistik beweist; bei 32 Fällen von Dacryocystitis liessen sich nur 2mal keine Nasenerkrankungen nachweisen. Am häufigsten (19mal) fand sich Rhinitis atrophicans foetida; 8mal Rhinitis atrophicans non foetida, 6mal Rhinitis atrophicans mit hypertrophica combinirt, 4mal Rhinitis hypertrophica. Die Nasenerkrankung muss als das Primäre, die Erkrankung des Thränennasencanals als das Secundäre aufgefasst werden; die Entzündung der Nase setzt sich auf den Can. naso-lacrymalis fort, es kommt bei langer Dauer der Entzündung zu Strictur. Auch Rhinitis, welche nicht zur Entstehung einer Dacryocystitis Anlass gab, ist im Stande, die Entzündung des Thränennasencanals zu unterhalten; die Nase muss deshalb immer mitbehandelt werden.
SCHECH.

30) **Robert J. Lee** (London). **Ein eigenthümlicher Fall von Gähnen und Niesen. (Singular case of yawning and sneezing.)** *Med. Press and Circular. 11. Januar 1888.*

Der Patientin, einem 15jähr. Mädchen, war vor 5 Wochen einer ihrer Doppelzähne ausgezogen worden. Eine halbe Stunde darauf begann sie zu gähnen, und dies setzte sich unaufhörlich 5 Wochen hindurch fort; nur während des Schlafs war sie ruhig. Das Zahnfleisch zeigte, als der rechte vordere Backzahn ausgezogen worden war, nichts Abnormes. Alle Functionen waren regelmässig. Pat. wurde mit Bromkali und Belladonna behandelt, und in wenigen Tagen verwandelte sich das Gähnen plötzlich in Niesen. Das Niesen erfolgte in den gewöhnlichen Intervallen, so lange Pat. wach war. Sie wurde mit Bromammonium behandelt, und in ungefähr einer Woche hörte das Niesen auf. Als ein anderer Zahn ausgezogen wurde, kehrte das Gähnen wieder und dauerte eine Woche an. Wenn Patientin im Bett gehalten wurde, war sowohl das Niesen wie das Gähnen weniger häufig.

A. E. GARROD.

31) **Ziem** (Danzig). **Zur Genese der Gesichtsrose.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 19. S. 373. 1888.*

Ziem sah einmal nach einer galvanokaustischen Nasenpolypenoperation und unter 250 Fällen von Anbohrung der Oberkieferhöhle vom Processus alveolaris aus 6 mal Röthung und Anschwellung der Gesichtshaut eintreten. Bei der Sorgfalt, die er auf die Desinfection seiner Instrumente verwendet, hält er eine Infection durch diese mit Recht für ausgeschlossen. Ebenso kann eine übermässige „Maltraitirung" der Gewebe nicht ursächlich angeschuldigt werden. Z. schliesst auch eine reflectorische Trophoneurose aus, und nimmt als Ursache eine Selbstinfection an. Diese enanthrope Infection sei von Eiterung einmal der Nasenhöhle und sechsmal der Nebenhöhle ausgegangen. Dass Z. den Fehleisen'schen Streptococcus nicht nachgewiesen habe, sei kein gegen die Diagnose Erysipel sprechendes Moment. Um so mehr aber vermisst Ref. in den mitgetheilten Fällen die Angabe der charakteristischen klinischen Symptome der Wanderrose und muss sagen, dass die Schilderung wenigstens einiger derselben, die Vermuthung, dass es sich dabei lediglich um collaterale Fluxion gehandelt habe, nicht ausschliesst. Was den Weg anlange, den die Infection nehme, so glaubt Z., dass sie auch aus den Nebenhöhlen sich direct durch den Knochen hindurch auf die äussere Haut fortpflanzen könne. Da allen Fällen eine mangelnde Nachbehandlung gemeinsam sei, legt Z. auf diese einen sehr hohen Werth und will insbesondere durch Ausspülungen, am besten mittelst der Mayer'schen Douche, der Anhäufung von eitrigen Secreten entgegentreten.

B. FRAENKEL.

32) **G. Sandmann. Beiträge zur Aetiologie des Volumen pulmonum auctum und des asthmatischen Anfalls.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 2. S. 28. 1888.*

S. beschäftigt sich in diesem Aufsatz besonders mit den Folgen der Nasenstenose. Im Schlafe immer und zuweilen auch im Wachen trete die Mundathmung nicht compensirend ein und wirke dann die Nasenstenose wie die Verengerung der grossen Luftwege. Auch die bekannte Difformität des harten Gaumens, die besonders bei adenoiden Vegetationen erwähnt wird, entsteht nach S. dadurch,



eines Abscesses des Antrums (bei einer 54jährigen Frau) und mit Erfolg drainirt worden war. Der andere, bedingt durch eine Eiterung der Keilbeinzellen, wurde gleichfalls geheilt.

A. E. GARROD.

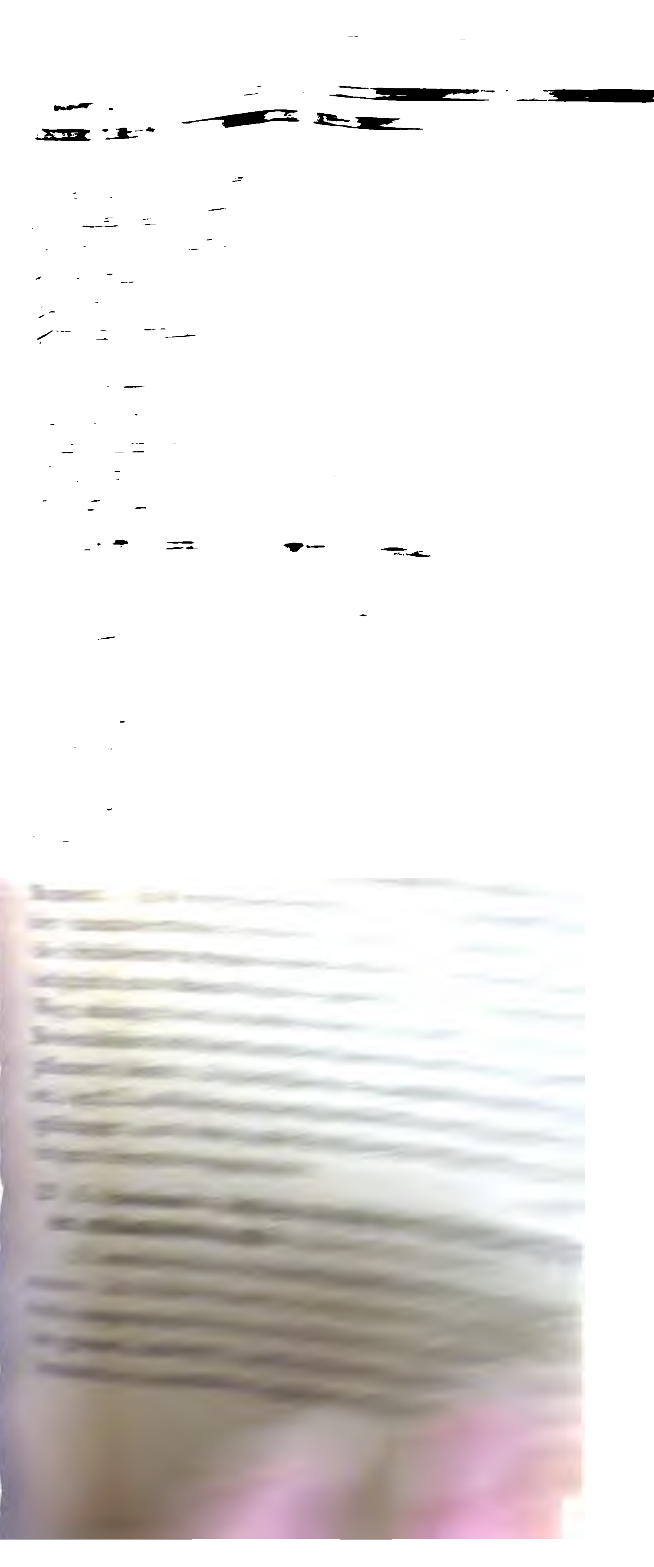
28) **Ad. Barth** (Berlin). **Behinderte Nasenathmung und eitrige Mittelohrentzündung.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 2. S. 31. 1888.*

Eine Verlegung der Nasenathmung könne unter Umständen die Veranlassung zu einer acuten oder chronischen Mittelohreiterung abgeben. Dies werde bewiesen einmal durch die Beobachtung, dass nach galvanokaustischen Aetzungen der Muscheln ohne Verletzung der Tuba solche Ohrentzündungen auftreten könnten (zwei Beispiele), dann aber durch das Verschwinden derselben nach operativen Eingriffen, die die Nasenathmung wieder herstellten (ein Beispiel). Um zu verhindern, dass nach Eingriffen in der Nase Ohrentzündungen aufträten, empfehle es sich, zwischen zwei Zuständen zu unterscheiden. Bei dem einen seien die Weichtheile so gewulstet, dass sie sich selbst, nachdem durch Einwirkung von Cocain eine ziemliche Zusammenziehung stattgefunden hat, mit der Sonde wie ein Lappen hin- und herbewegen lassen. In den meisten Fällen würde diese Klasse vertreten werden durch die sogenannte Hypertrophie des Schwellkörpers. Die zweite Art ist die, wo meist schon bei verhältnissmässig grosser knöcherner Muschel nicht nur die Schleimhaut dieser, sondern die ganze Auskleidung des Nasenganges, besonders aber des Nasenbodens und selbst des Septums eine gleichmässige, oft in Wülsten vorspringende Schwellung zeigt. Bei der ersteren Art seien energische Aetzungen und die Anwendung der Schlinge zur Entfernung grösserer Stücke (ein Beispiel wird demonstrirt), bei der zweiten wiederholte oberflächliche Aetzungen mit dem Galvanokauter, adstringirende Medicamente und in der Nachbehandlung ein Schnupfpulver mit 10—5 pM. Cocaïn indicirt. Jedenfalls aber müsse die Behinderung der Nasenathmung beseitigt werden, um die drohenden Mittelohrentzündungen zu verhindern, bereits bestehende, sogenannte trockene Catarrhe und deren Folgen und ebenso acute und chronische Eiterungen auf die Dauer zu bessern und zu heilen.

B. FRAENKEL.

29) **Gruhn** (Würzburg). **Ueber Dacryocystoblennorrhoe bei Erkrankungen der Nase.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 27. 1888.*

Das Vorkommen gleichzeitiger Nasenerkrankungen bei Affectionen [illegible] Thränennasencanals ist ein sehr häufiges, wie die von G. gegebene Statistik [illegible] weist; bei 32 Fällen von Dacryocystitis liessen sich nur 2mal keine Nasenerkrankungen nachweisen. Am häufigsten (19mal) fand sich Rhinitis atrophicans [illegible] 8mal Rhinitis atrophicans non foetida, 6mal Rhinitis atrophicans mit hypertrophica combinirt, 4mal Rhinitis hypertrophica. Die Nasenerkrankung [illegible] das Primäre, die Erkrankung des Thränennasencanals als das Secundäre [illegible] fasst werden; die Entzündung der Nase setzt sich auf den Can. [illegible] fort, es kommt bei langer Dauer der Entzündung zu Stricturen. [illegible] welche nicht zur Entstehung einer Dacryocystitis Anlass gab, ist im [illegible] Entzündung des Thränennasencanals zu unterhalten; die Nase muss [illegible] mitbehandelt werden.



lie Wange,
lie vordere
isenspiegel
CHIARI.

ion. Würz-

er Nase, der
der Defecte
SEIFERT.

1887.
eine Patien-
sgehend von

ies sich bei
SEIFERT.

Dissertation.

erkiefers eine
. bis sie die
hwulst erwies
erndes Recidiv
nte.
wulst auf die
und in allen
SEIFERT.

Weisheitszahnes
it für Zahnheil-

uch des unteren
e drei Kranken-
eriostitis gehan-
SEIFERT.

n. *Deutsche Zeit-*

uf die Mund- und
zwischen weichem
e eine rechtsseitige
ähnliche, aber ohne
l war die Verletzung
weil er sich auch einen
SEIFERT.

42) **Wassilieff** (Bern). **Wo wird der Schluckreflex ausgelöst?** *Zeitschrift für Biologie. XXIV. (Neue Folge VI.) 1.*

Die Thierexperimente und die Untersuchungen an sich selbst berechtigen den Autor zu folgenden Schlüssen: Beim Kaninchen wird durch Berührung der vorderen centralen Fläche des weichen Gaumens sehr leicht und präcis eine vollständige Schluckbewegung ausgelöst. Diese empfindliche Partie erstreckt sich zu beiden Seiten der Mittellinie des Palatum molle in Breite von jederseits 2 bis 5 Mm., in Länge von etwa 2 Ctm., am harten Gaumen beginnend und bis zur Mitte der Tonsillen reichend. Die mediane Linie in Breite von etwa 1 Mm. ist nicht reflexauslösend. Die Erregbarkeit des weichen Gaumens wird dauernd zerstört durch die Abtrennung der Nn. trigemini, zeitweilig (1/4 Stunde) aufgehoben durch Cocain. Ausser dem weichen Gaumen vermögen andere vom Laryng. sup. innervirte Partien die Schluckbewegung auszulösen. Die Reizung des Glossopharyngeus wirkt hemmend auf die irgendwie angeregte Schluckbewegung. Beim Menschen wird der Schluckreflex ausgelöst, wenn die Massen hinter das Velum in die Gegend der Tonsillen gedrängt werden. Schlundreizung, auch nur durch Muskelpressung, hemmt das Schlucken. SEIFERT.

43) **Miller** (Berlin). **Beiträge zur Kenntniss der Mundpilze.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 30. S. 612. 1888.*

Verf. unterscheidet unter den als Leptothrix bezeichneten Gebilden 1. Leptothrix buccalis. 2. Lept. maxim. buccal. 3. Bacillus maximus buccal. Erstere beiden färben sich mit Jod gelblich, letzterer giebt die specifische Jodreaction, ist aber noch nicht in Reincultur gezüchtet worden. Ausserdem geben die Jodreaction 1. ein Kettencoccus. 2. Jodococcus magnus, 3. Jodococcus parvus und 4. noch ein Coccus. Jodococcus nennt M. die betreffenden Mikroorganismen, weil sie auch in Reinculturen die Jodreaction geben, ohne dabei abzusterben. M. hat dieselben auf einem besonderen Nährboden gezüchtet. Ausser dem Staphylococcus aureus und albus giebt es im Munde noch andere pathogene Kokken. B. FRAENKEL.

44) **Engel** (Klausenburg). **Zur Prophylaxis einiger Erkrankungen der Schleimhaut der Neugeborenen.** *Wiener med. Presse. No. 8 u. 9. 1888.*

E. bespricht den Soor, die Bednar'schen Aphthen und die Conjunctivitis blennorrhoica; das Entstehen des Soors wird begünstigt durch das unvorsichtige Reinigen des Mundes mit schmutzigem Finger oder Lappen und überhaupt durch die Einführung des Fingers, weil man dadurch leicht Reizung und Excoriationen der Mundschleimhaut setzt, die das Haften des Soorpilzes erleichtern. Die Bednar'schen Aphthen sind nur Folgen der unzarten Reinigungsversuche des Mundes. E. verbot deshalb die Mundreinigung gänzlich und sah Soor und Aphthen nur ausnahmsweise auftreten. CHIARI.

45) **John O. Roe.** **Antisepsis im Munde. (Antiseptics in the mouth.)** *Int. Journal of Surgery and Antiseptics. Vol. I. No. 1. Januar 1888.*

Die fermentativen, Fäulniss- und septischen Processe im Munde und die Zahncaries finden insgesammt zu geringe Aufmerksamkeit seitens der Mehrzahl der Aerzte.

Die Wichtigkeit, den Mund stets in einem vollständig gesunden Zustand zu erhalten, kann nicht dringlich genug betont werden, wenn wir bedenken, wie nachtheilig ein krankhafter Zustand des Mundes auf die Zähne einwirkt, wie schnell ferner krankhafte, im Mund cultivirte Keime Zugang zum Magen finden und endlich, wie gross die absorbirende Oberfläche des Mundes und des Rachens ist, welche septische Massen direct in die Circulation bringt.

Für die Anwendung der Antisepsis im Munde gelten dieselben allgemeinen Regeln, wie bei den Wunden, d. h. Verhütung der Gährung und Zersetzung.

LEFFERTS.

46) E. Fränkel (Hamburg). **Ueber die Anatomie und Aetiologie der Stomatitis aphthosa.** *Centralblatt für klin. Medicin. 8. 1888.*

Zum Zwecke der histologischen Untersuchung wurden den Pat. Aphthen excidirt, gehärtet und nach Einbettung in Glyceringelatine in Serienschnitte zerlegt.

Es ergab sich, dass der in Rede stehende Process als ein pseudo-diphtheritischer im Sinne Weigert's aufzufassen ist. Die Pseudomembranen entstehen auf Kosten des ertödteten Epithels, haften auf dem intacten eigentlichen Schleimhautgewebe und liegen meist subepithelial. Wahrscheinlich schaffen Mikroorganismen (Staphyloc. pyog. citreus) durch herdweise Invasion in das Epithel und Abtödtung des letzteren eine für die Entstehung von Pseudomembranen erforderliche Vorbedingung.

SEIFERT.

47) E. Fränkel (Hamburg). **Ueber die sogenannte Stomatitis aphthosa, besonders in anatomischer und ätiologischer Beziehung.** *Virchow's Archiv. CXIII. 3. 1888.*

E. Fränkel hebt hervor, dass die charakteristischen Flecken nicht subepithelial, sondern im Niveau der Umgebung stünden.

Die mikroscopische Untersuchung solcher Flecken hat ergeben, dass es sich um eine mit Abtödtung des Epithels einhergehende Bildung eines fibrinösen Exsudates handelt, an dessen Zustandekommen Leukocyten einen hervorragenden Antheil nehmen. Aus den Flecken wurde 2 mal Staphylococcus pyogenes citreus und 1 mal Staphyl. pyog. flavus gezüchtet, denen wahrscheinlich eine bedeutsame Mitwirkung zum Zustandekommen dieser Erkrankung der Mundschleimhaut zukommt. Sonst in der Aetiologie angeführte Factoren (Dentition, gastrische Störungen etc.) haben wohl nur die Bedeutung prädisponirender Momente.

E. Fränkel schlägt an Stelle der bisher gebräuchlichen Bezeichnung den Namen vor: Stomatitis fibrinosa mit dem Zusatze disseminata oder maculosa.

SEIFERT.

48) E. de Renzi (Neapel). **Sublimat zur Behandlung der mercuriellen Stomatitis. (Il sublimato nella cura de la stomatite mercuriale.)** *Rivista Clin. e Terap. Februar 1888.*

Der Autor wendet gegen Stomatitis mercurialis eine Sublimatlösung (0 25 : 1000,0) als Gurgelwasser an, indem er behauptet, dass die mercurielle Stomatitis ein Process mit sehr ausgesprochenen Zersetzungssymptomen sei und der Sublimat das beste Antisepticum wäre.

Er wendet dieselbe Behandlung bei allen anderen Arten [illegible] Stomatitis an und stets mit Erfolg.

[illegible]. CARDONE.

49) **A. Lazarus. Ueber secretorische Function der Stäbchen-Epithelien in den Speicheldrüsen.** *Archiv für die gesammte Physiologie. XLII. 11/12.*

Lazarus konnte nicht die von Merkel beschriebenen functionellen Differenzen der Stäbchen-Epithelien gereizter und ungereizter Speicheldrüsen bestätigen. Merkel hatte den Stäbchen-Epithelien in den Speichelröhren die Aufgabe zugeschrieben, die Salze des Speichels abzusondern und das Vorhandensein morphologischer Unterschiede der genannten Gebilde bei thätigen und unthätigen Speicheldrüsen behauptet. L. vermuthet, dass bei Merkel ein durch Secretstauung hervorgebrachtes Oedem der thätigen Drüse die Unterschiede veranlasst hat.

SEIFERT.

50) **Bayliss** und **Bradford** (London). **Die elektrischen Phänomene, welche den Secretionsprocess in den Speicheldrüsen des Hundes und der Katze begleiten. (The electrical phenomena accompanying the process of secretion in the salivary glands of the dog and cat.)** *Internationale Monatsschrift für Anatomie und Physiologie. Bd. IV. 3. 4. 1887.*

Die betreffenden Untersuchungen wurden an 25 Hunden und 20 Katzen angestellt und führten zu folgenden Ergebnissen:

Die wässerige Secretion, welche durch Reizung eines Nerven producirt wird, in dem die „secretorischen" Fasern Heidenhain's überwiegen, wird von einer elektrischen Variation begleitet, indem der Hilus der Drüse an seiner Oberfläche positiv elektrisch wird. Andererseits wird die schleimige Secretion, die durch Reiz eines Nerven producirt wird, in dem die sogenannten „trophischen" Fasern überwiegen, von einer Variation entgegengesetzten Charakters begleitet.

SEIFERT.

51) **G. E. Maire. Wirkung des Camphers auf die Speicheldrüsen. (The effect of camphor on the salivary glands.)** *American Lancet. Detroit, Januar 1888.*

Bei einer durch Verletzung des Duct. Stenon. entstandenen Speichelfistel wurde eine Campher enthaltende Salbe auf das Gesicht gelegt, welche einen Verschluss des Speichelausflusses und nachherige Heilung der Fistel bewirkte. M. meint, dass dies ein Analogon zu dem wohlbekannten Factum der Wirkung des Camphers auf die Brustdrüsen sei, d. h. eine Schwächung der Milchsecretion durch Verminderung des Blutzuflusses zu den entsprechenden Theilen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

52) **William Rowlands** (Great Crosby). **Permanente Unterdrückung der Speichelsecretion (?). (Permanent suppression of the salivary secretion [?].)** *Lancet. [illegible] 14. Januar 1888.*

R. berichtet über eine Dame von 60 Jahren, die sich stets einer ziemlich guten Gesundheit erfreut hatte. Vor etwa 10 Jahren erwachte sie nach einem nervösen Shock mit starker Trockenheit im Mund und Hals. Sie war ausser Stande zu sprechen oder zu schlucken; fühlte sich jedoch besser, als sie etwas kaltes Wasser schlürfte. Des Nachts konnte sie nicht schlafen; jedoch nahm die Störung bald ab; die Speichelsecretion kehrte aber nicht zurück. Die Zunge nahm nunmehr das Aussehen eines rohen Beafsteaks an, vorn konnte man die Papillen sehen, die Papillae circumvallatae waren jedoch nicht zu unterscheiden. Das Allgemeinbefinden hatte indess nicht gelitten.

A. E. GARROD.

53) **W. B. Hadden** (London). **Unterdrückung der Speichel- und Mundsecretion. (Suppression of the salivary and buccal secretion.)** *Lancet. p. 156. 21. Januar 1888.*

H. bemerkt, dass er kürzlich der Clinical Society einen dem Rowlands-schen ähnlichen Fall dieses seltenen Zustandes vorgestellt habe. Patientin war eine Frau von 65 Jahren. Jaborandi zeigte sich in diesem Fall von etwas Nutzen. A. E. GARROD.

54) **A. St. C. Buxton. Unterdrückung der Speichel- und Mundsecretion. (Suppression of the salivary and buccal secretion.)** *Lancet. 21. Januar 1888.*

B. bemerkt, dass er einen dem Rowlands'schen ziemlich ähnlichen Fall in der Lancet 1883 mitgetheilt habe. A. E. GARROD.

55) **Scott Laug. Speichelfistel. (Salivary fistula.)** *Edinburgh Medical Journal. Juni 1888.*

Ein der Medico-Chir. Society vorgestellter Fall, bei welchem die Fistel — die Folge eines Abscesses — $1\,^1/_2$ Ctm. hinter dem rechten Ohrläppchen gelegen war. M'BRIDE.

56) **Beregszaszy** (Wien). **Ein eingeklemmter Speichelstein in der oralen Mündung des linken Ductus Whartonianus.** *Internat. klin. Rundschau. No. 21. 1888.*

Der Stein wurde entfernt, worauf der erweiterte Ductus sich zusammenzog.

Entzündung der beiden Whartonianischen Gänge. Ibidem.

Die Gänge sind erweitert, und aus dem rechten entleert man leicht Eiter. In einer Woche erfolgte Heilung.

B. bespricht zum Schlusse die Sondirung des normalen Ganges, die ihm meist mit einer Haarsonde bis auf 5 Ctm. gelang. Manchmal ist sie aber nicht durchführbar. CHIARI.

57) **Davidson. Addison'sche Krankheit. (Addison's disease.)** *Liverpool Medico-Chirurgical Journal. Januar 1888.*

In der Liverpool Medical Institution wurde ein Fall vorgestellt, bei dem neben anderen Theilen auf den Lippen und der Wangenschleimhaut Bronzeflecken vorhanden waren. M'BRIDE.

58) **Julius Scheff,** jun. (Wien). **Zur Differential-Diagnose der Zahnfleisch-Wangenfistel unterhalb des inneren Augenwinkels und der Thränensackfistel.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 12. 1888.*

Sch. hebt für die Thränensackfistel die Localisation am Margo infraorbitalis oder unmittelbar unterhalb desselben, die Möglichkeit der Sondirung nach oben, das eigenthümliche Secret und das Eindringen von eingespritzter Flüssigkeit in den Thränensack als eigenthümlich hervor. Zahnfleisch-Wangenfisteln dagegen liegen immer tiefer, lassen sich nach unten bis zu dem kranken Zahne sondiren und haben ein eitriges Secret. CHIARI.

59) **Ranke** (München). **Zur Aetiologie und pathologischen Anatomie des nomatösen Brandes.** *Jahrbuch für Kinderheilkunde. XXVII. 3. 1888.*

Während der Masernepidemie, die im Sommer 1887 in München herrschte, hatte R. Gelegenheit 6 Fälle von Noma zu sehen, von denen 3 das Gesicht be-

49) **A. Lazarus. Ueber secretorische Function der Stäbchen-Epithelien in den Speicheldrüsen.** *Archiv für die gesammte Physiologie. XLII. 11/12.*

Lazarus konnte nicht die von Merkel beschriebenen functionellen Differenzen der Stäbchen-Epithelien gereizter und ungereizter Speicheldrüsen bestätigen. Merkel hatte den Stäbchen-Epithelien in den Speichelröhren die Aufgabe zugeschrieben, die Salze des Speichels abzusondern und das Vorhandensein morphologischer Unterschiede der genannten Gebilde bei thätigen und unthätigen Speicheldrüsen behauptet. L. vermuthet, dass bei Merkel ein durch Secretstauung hervorgebrachtes Oedem der thätigen Drüse die Unterschiede veranlasst hat.

SEIFERT.

50) **Bayliss** und **Bradford** (London). **Die elektrischen Phänomene, welche den Secretionsprocess in den Speicheldrüsen des Hundes und der Katze begleiten. (The electrical phenomena accompanying the process of secretion in the salivary glands of the dog and cat.)** *Internationale Monatsschrift für Anatomie und Physiologie. Bd. IV. 3. 4. 1887.*

Die betreffenden Untersuchungen wurden an 25 Hunden und 20 Katzen angestellt und führten zu folgenden Ergebnissen:

Die wässerige Secretion, welche durch Reizung eines Nerven producirt wird, in dem die „secretorischen“ Fasern Heidenhain's überwiegen, wird von einer elektrischen Variation begleitet, indem der Hilus der Drüse an seiner Oberfläche positiv elektrisch wird. Andererseits wird die schleimige Secretion, die durch Reiz eines Nerven producirt wird, in dem die sogenannten „trophischen“ Fasern überwiegen, von einer Variation entgegengesetzten Charakters begleitet.

SEIFERT.

51) **L. E. Maire. Wirkung des Camphers auf die Speicheldrüsen. (The effect of camphor on the salivary glands.)** *American Lancet. Detroit, Januar 1888.*

Bei einer durch Verletzung des Duct. Stenon. entstandenen Speichelfistel wurde eine Campher enthaltende Salbe auf das Gesicht gelegt, welche einen Nachlass des Speichelausflusses und nachherige Heilung der Fistel bewirkte. M. meint, dass dies ein Analogon zu dem wohlbekannten Factum der Wirkung des Camphers auf die Brustdrüsen sei, d. h. eine Schwächung der Milchsecretion durch Verminderung des Blutzuflusses zu den entsprechenden Theilen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

52) **William Rowlands** (Great Crosby). **Permanente Unterdrückung der Speichelsecretion (?). (Permanent suppression of the salivary secretion (?).)** *Lancet. p. 104. 14. Januar 1888.*

R. berichtet über eine Dame von 60 Jahren, die sich stets einer ziemlich guten Gesundheit erfreut hatte. Vor etwa 10 Jahren erwachte sie nach einem nervösen Shock mit starker Trockenheit im Mund und Hals. Sie war ausser Stande zu sprechen oder zu schlucken; fühlte sich jedoch besser, als sie [illegible] kaltes Wasser schlürfte. Des Nachts konnte sie nicht schlafen; jedoch nahm die Störung bald ab; die Speichelsecretion kehrte aber nicht zurück. Die Zunge nahm nunmehr das Aussehen eines rohen Beafsteaks an, vorn konnte man die Papillen sehen, die Papillae circumvallatae waren jedoch nicht so [illegible]. Das Allgemeinbefinden hatte indess nicht gelitten.

53) **W. B. Hadden.** ... **(Suppression of the saliv...** ... 1888.

H. bemerkt, dass ... schen ähnlicher Fall dies ... eine Frau von 65 Jahren ... Nutzen.

54) **A. St. C. Buxton.** ... **pression of the saliva and ...**

B. bemerkt, dass ... in der Lancet 188 ...

55) **Scott Lang. Speichelst...** ... 1888.

Ein ... der Med... ... die Folge eines Abscess... ... legen war.

56) **Bergsma... (Wien). Ein ... dung des linken Ductus Whartoni...**

Der Stein wurde entfernt ...

...

In einer Woche erfolgte Heilung ...

B. bespricht zum Schluss ...

57) **Davidson. Addison'sche Krankh...**

In der Lancet ... Medical ... den ... vorhanden waren.

58) **Julius Scheff, jun. (Wien). Zur ... tel unterhalb des inneren Augen...** *med. Wochenschr. No. 12. 1888.*

Sch. hält für ...

...nt of

...rs).

...alzsaure ...ocarpina *...Rhinologia.*

...ilte Fälle, ...er glaubt, ...d Speichel- ...eimhäute er- ...chialsecretion. ...ung und Ver-

[illegible] einerseits die Luftwege frei werden [illegible] wird; doch dürfen damit die [illegible] ausser Acht gelassen werden, be- [illegible] Erstickungsgefahr dieselbe nöthig macht, [illegible] zu lassen. [illegible]GOURA-SENTINOS.

[illegible] **der Diphtheritis.** (**Słówko w przed-** [illegible] *No. I. 1887.*

[illegible] sowohl bei der primären wie auch bei [illegible] wir mit 2 Infectionen zu kämpfen haben. [illegible] septischen Infection. — Die In- [illegible] sieht er nicht in der Zerstörung des [illegible] Schädigung der Nachbartheile dabei [illegible] Verhütung einer Ausbreitung der Affection [illegible] eine energische Cauterisation der er- [illegible] Er begnügte sich früher mit Gorgelungen [illegible] von Intoxicationserscheinungen [illegible] lösung mit Zusatz von 0,5 pCt. oder [illegible] Lösung mittelst des Irrigators. Bei septischer [illegible] Campherpräparate angewandt. (Details sind [illegible] der Mercurialpräparte wird ausdrücklich [illegible] Ricinusöl empfohlen. HERYNG.

[illegible] **Diphtherie der Nase.** *Therapeutische Monats-* [illegible]

[illegible] Nase Wattebäuschchen mit Mentholöl [illegible] Nasenlöcher einzuführen und längere [illegible] SEIFERT.

[illegible] **Behandlung der Rachendiphtherie mit Pyri-** [illegible]

[illegible] Lösung mit Zusatz von etwas Ol. [illegible] gegen die Rachenorgane mit der [illegible] mit 2 proc. Lösung von Kal. chlor. oder [illegible] SEIFERT.

[illegible] **Heilmittel.** *Deutsche med. Zeitung. 78. 1888.* [illegible] anderen Krankheiten die Hefe auch [illegible] Dosen von 1—3 Grm. bei Säug- [illegible] von 5—8 Grm. bei älteren Kindern [illegible] SEIFERT.

[illegible] **Beobachtungen über Diphtherie und Veratrum** [illegible] (**Some clinical observations on diphtheria** [illegible] **of treatment.**) *New-York Medical Record.* [illegible]

[illegible] des genannten Mittels bildet die

Basis der Behandlung und das Hauptprincip ist die Verlangsamung der Herzthätigkeit.

In Uebereinstimmung mit B.'s Ansichten ist die Behandlung der Diphtherie folgendermassen zu leiten:

Zuerst wische alle sichtbaren Membranen mit folgender Normallösung aus: Liq. ferr. subsulph. 4,0, Glycer., Aq. dest. aa. 16,0.

Dann gieb Erwachsenen einen Theelöffel voll einer gesättigten Lösung von Kal. chlor. mit drei Tropfen Norwood'scher Tinctur (eines Veratrumpräparates) und zwar alle zwei Stunden; das Veratrum, wenn nöthig um einen Tropfen steigend, bis der Puls auf 60—70 pro Minute herabgesetzt ist.

Gewöhnlich findet man, dass, wenn eine Herabsetzung des Pulses erzielt ist, eine geringere Dosis ihn dabei erhält. Nach jeder Dosis ist 0,48 Sulf. sublim. zu geben, welches trocken zu schlucken oder, noch besser, in den Hals zu insuffliren ist. Die Aussenseite des Halses ist mit Keroseneöl oder einem anderen Irritans einzureiben und auf eine einfache, nahrhafte, animalische Kost grosser Werth zu legen.

Das Auswischen mag, falls sich die Membran leicht löst, nur alternirend mit der Veratrumdarreichung vorgenommen werden. LEFFERTS.

74) **Schmeidler** (Breslau). **Ueber Behandlung der Diphtherie.** *Breslauer ärztl. Zeitschrift. 4. 1888.*

Schm. hält für seine Fälle von Diphtherie folgendes Verfahren ein: In der 1. Stunde: die diphtheritisch belegten Stellen mit reinem Terpentinöl mehrmals bestreichen, in der 2. Stunde: ausspühen mit reinem oder verdünntem Kalkwasser, in der 3. Stunde: mit 1proc. Carbollösung aussprühen. Dabei consequente Eisbehandlung mit Hilfe der Eiscravatte. Diese Behandlung muss Tag für Tag fortgesetzt werden. Lassen sich die Pat. absolut nicht pinseln, so wird Ol. tereb. innerlich gegeben, kleinen Kindern 5 Tropfen 3—4 Mal täglich, Erwachsenen 15 Tropfen, grössere Dosen (theelöffelweise) vermeidet Schm. SEIFERT.

75) **J. Corbin. Mercurialräucherungen gegen Diphtherie des Larynx oder diphtheritischen Croup. (Mercurial fumigations in laryngeal diphtheria or diphtheritic croup.)** *New-York Medical Journal. 10. März 1888.*

C. wendete Calomel an, ohne in irgend einem Falle unliebsame Wirkungen, Diarrhoe oder Salivation zu erhalten. Die diphtheritische Membran ist von schwacher Organisation und zerfällt bald, wenn die vitale Kraft, welche sie bildet, zerstört werden kann. C. glaubt, dass das verflüchtigte Calomel dies thut, indem es durch die Lungen unmittelbar in die Circulation gelangt. Auf andere Weise kann es nicht in genügender Menge eingeführt werden, um die Krankheit zu heben. Seine Statistik giebt einen Bericht über 30 Fälle, von denen 25 genasen und 5 starben, d. h. eine Mortalität von ca. 16 pCt. Ein ausserordentlich günstiges Resultat, selbst wenn die 5 Todesfälle auf einen Mangel der Behandlungsmethode zurückgeführt werden. LEFFERTS.

76) **J. R. Campbell. Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *North-Carolina Med. Journal. Januar 1888.*

C. empfiehlt grosse Dosen von Tinct. ferr. mur. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

77) **Carl Siebert** (Nisch). **Zur Behandlung der primären Rachendiphtherie.** *Medicinisch-chirurgische Rundschau. 1. III. 1888.*

S. empfiehlt die continuirliche Application des Eisbeutels. SEIFERT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

78) **Henry Schweig. Einige Ursachen von Stimmstörungen. (Some of causes of vocal disturbance.)** *New-York Medical Journal. 28. Januar 1888.*

Erst spät hat die Ansicht Boden gewonnen — und ihre Annahme ruht auf gutem Grunde —, dass, um ein Paradoxon zu gebrauchen, die Larynxkrankheit oft nicht eine Larynxkrankheit, sondern nur ein Ausdruck allgemeiner Störung ist. Hier würden locale Massnahmen schlechter als nutzlos sein: das Einbringen von medicinischen Mitteln — wie z. B. Adstringentien — wäre nicht nur unangebracht, sondern absolut schädlich. Das einzig zweckmässige Verfahren würde nur darin bestehen, den zu Grunde liegenden pathologischen Process zu heilen. S. warnt vor der Gefahr der Annahme, dass Alles, was von dem Laryngoscop entdeckt wird, nothwendigerweise ein primäres Leiden sei.

Die Aetiologie der Halsleiden — und S. verweist besonders auf diejenigen der Stimme — nimmt ein grösseres Gebiet ein, als die der oberen Luftwege.

Wie ausgezeichnet auch die Resultate der Laryngoscopie sind, so sind sie bisweilen doch ausser Stande, die Ursachen der Stimmstörung klar zu legen; und der Arzt, der sich ganz und gar, mit Ausschluss anderer Data, auf diesen Beweis verlässt, wird den Interessen seines Patienten nicht am besten dienen, auch nur geringe Erfolge in der Behandlung dieser Fälle aufweisen.

Die allgemeinen Zustände, welche die localen Läsionen beeinflussen, vielleicht erzeugen oder modificiren, werden ausführlich vom Autor besprochen. Er wünscht jedoch nicht, in der Weise missverstanden zu werden, als ob er eine Allgemeinbehandlung, mit Ausschluss einer localen, empfehlen wolle. Im Gegentheil warnt er vor dem Irrthum, sich allzusehr auf irgend ein bestimmtes Verfahren zu verlassen, da einseitige Ansichten geeignet sind, den Fortschritt der Wissenschaft zu hemmen. LEFFERTS.

79) **Suchannek** (Zürich). **Laryngitis hypoglottica acuta. (Chorditis vocalis inferior, Burow.)** *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. 18. 1888.*

Mittheilung eines Falles von Laryngitis hypoglottica acuta bei einem 11jähr. Knaben, bei welchem durch Application einer Emulsion aus Cocain mur. Menthol aa 0,5 Ol. oliv. 15,0 Gi. arab. 7,5, Aq. dest. 150,0 mittelst eines Sprays (das Ende rechtwinklig nach unten abgebogen) in kurzer Zeit und einigen Applicationen die gefahrdrohenden Erscheinungen zurückgingen. Bellender Husten fehlte in diesem Falle.

Bei der weiteren Besprechung der genannten Krankheitsform betont S., dass er den Pseudocroup und die Chorditis vocalis inferior nicht identificiren könne. SEIFERT.

80) Luc (Paris). **Fall von Larynxtuberculose, geheilt durch wiederholten Gebrauch von Milchsäure und Jodoform. (Observation de tuberculose laryngée guérie par l'emploi répeté d'acide lactique et d'jodoforme.)** *Union méd. No. 21. 16. Febr. 1888.*

Es handelte sich um eine Frau, die an Kehlkopf- und Lungentuberculose litt, und deren Larynx durch das oben angegebene Verfahren geheilt wurde.

E. J. MOURE.

81) J. D. Arnold. **Die Coëxistenz von syphilitischen und tuberculösen Geschwüren im Larynx. (Coexisting syphilitic and tubercular ulcers in the larynx.)** *Pacific Med. and Surg. Journal and Western Lancet. San Francisco. Februar 1888.*

Der Fall wurde als tuberculöse Laryngitis diagnosticirt, aber die Geschwüre vernarbten nicht eher, als bis eine antisyphilitische Behandlung eingeführt wurde. Der Patient gestand später, dass er syphilitisch gewesen war. Er starb später an Lungenschwindsucht.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

82) Polguère. **Larynxpolyp. (Polype du larynx.)** *Société anat. de Paris. 9. März 1888.*

Der Polyp lag, wie die Autopsie zeigte, zwischen dem Schild- und Ringknorpel verborgen. Er war, dem Autor zufolge, für das Laryngoscop nicht sichtbar, jedoch umfangreich genug, um zur Tracheotomie zu nöthigen.

E. J. MOURE.

83) Scheff (Wien). **Der rotirende scharfe Kehlkopflöffel.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 24. 1888.*

Es handelt sich um einen scharfen Löffel, welcher, unter die Stimmbänder gebracht, daselbst um eine verticale Achse gedreht werden kann, ohne seinen Platz zu verlassen. Er dient zur Operation von subchordalen Neubildungen und ist bei Reiner in Wien zu beziehen.

CHIARI.

84) W. H. Morse. **Ist die Laryngectomie der Tracheotomie beim Krebs vorzuziehen? (Is laryngectomy preferable to tracheotomy in cancer?)** *Medical and Surgical Reporter. Philadelphia, 3. März 1888.*

M. verneint die Frage entschieden. Die Tracheotomie thut Alles und mehr als die Laryngectomie. Sie verhütet die Erstickung, bessert die Symptome und verlängert das Leben.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

85) R. Norris Wolfenden (London). **Perichondritis des Larynx. (Perichondritis of the larynx.)** *British Med. Journal. 14. April 1888.*

Der erste Patient, ein 48jähriger kräftiger Mann, der 16 Jahre lang Polizeibeamter war, hatte sich stets guter Gesundheit erfreut. Anamnestisch ergiebt sich keine Syphilis. Weihnachten 1885 erkältete er sich und litt an Angina mit Aphonie und Dyspnoë. Seitdem erhielt er seine frühere Stimme nicht wieder und verlor sie leicht ganz, jedesmal wenn er sich erkältete.

Als er im October 1887 zum ersten Male gesehen wurde, hatte er eine glatte, rothe Schwellung unter dem rechten Stimmbande, welche die vorderen zwei Drittel des subglottischen Theils einnahm. Das Stimmband war nahezu unbeweglich bei der Inspiration und seine Oberfläche congestionirt. Die Taschenbänder



waren leicht verdickt, wie bei chronischer Laryngitis. Die Stimme heiser, keine Angabe über irgend welchen Schmerz.

W. glaubte, dass es sich vielleicht um irgend eine maligne Krankheit handle und schlug die Abtragung eines Stücks der Schwellung vor. Als jedoch der Patient nach acht Tagen wiederkehrte, waren die Symptome so bedrohlich geworden, dass die Tracheotomie nothwendig wurde. Eine Untersuchung vor der Operation ergab starke Schwellung der Theile am Aditus laryngis; ebenso fühlte sich der Schildknorpel geschwollen und vergrössert an und gab ein gewisses Gefühl von Fluctuation. Auf die Operation, welche unmittelbare Besserung brachte, folgte ein Anfall von Bronchitis.

Zwei Tage nach der Operation konnte man ein wenig mit dem Laryngoscop sehen: der ganze Larynx war von einer rothen Schwellung eingenommen, die nicht ulcerirt war. Es entwichen rings um die Canüle viel schleimig-eitrige Massen von ekelhaftem Geruch.

Als zehn Tage nach der Operation ein kleines Knorpelstück ausgeworfen worden war, wurde der Ausfluss geringer und nicht so übelriechend. Der Schildknorpel blieb geschwollen, besonders der linke Flügel, welcher Fluctuationsgefühl darbot und schmerzhaft war. Durch Scarification mit der Larynxlancette wurde Besserung erzielt.

Der Fall verlief in eswünschter Weise und am 22. Tage war die Larynxschwellung sehr verringert, aber die Taschenbänder berührten einander noch in der Mittellinie. Die Secretion verminderte sich unter Einblasungen von Jodol. Am 20. December zeigte der Patient ein kleines Knochenstückchen, welches er am vorhergehenden Tage ausgehustet hatte.

Im Januar 1888 zeigte sich ein Recidiv der Larynxschwellung, welche unter der beständigen Anwendung eines Eisbeutels zurückging.

Ende Februar war der Schildknorpel sehr schmerzhaft beim Berühren; es bestand daselbst Röthung und ein schwappendes Gefühl über beiden Flügeln; aber die inneren Theile waren viel weniger geschwollen.

Im März begann man den Kehlkopf mit einer Oesophagussonde, die passend gebogen war und mit Mackenzie's dreiarmigem Dilatator zu erweitern. Ende des Monats entfernte man die Canüle und liess die Oeffnung zuheilen. Anfänglich wurde innerlich Jodkali in steigenden Dosen gegeben und Jodoform und Jodol zum Verband gebraucht.

W. bespricht die verschiedenen Ursachen der Perichondritis des Larynx und citirt obigen Fall als ein Beispiel ihrer Entstehung aus der chronischen Laryngitis [? Red.].

W. erwähnt noch einen zweiten Fall von ausgedehnter Perichondritis des Larynx, der gleichfalls aus einer chronischen Laryngitis entstand und bei dem Syphilis ausgeschlossen war. In diesem Falle war der Ringknorpel in ausgedehntem Maasse afficirt und bildete äusserlich einen grossen Abscess, bei dessen Eröffnung eine grosse Menge serös-blutiger Flüssigkeit ausströmte. Viele Monate, bevor W. ihn sah, war am Cap der guten Hoffnung die Tracheotomie gemacht worden.

W. spricht sodann über die Prognose solcher Fälle, welche davon abhängig ist, wie weit der Knorpel ergriffen ist, ferner von dem Allgemeinzustand des Patienten und endlich ob der Ringknorpel ergriffen ist oder nicht. A. E. GARROD.

86) **Felix Semon (London). Perichondritis und Krebs des Larynx. (Perichondritis and cancer of the larynx.)** *Brit. Med. Journal. 21. April 1888.*

S. theilt mit, dass der zweite von Wolfenden in seiner Arbeit über Perichondritis des Larynx in Folge chronischer Laryngitis erwähnte Fall sich als ein Fall von Perichondritis in Folge von Kehlkopfkrebs erwiesen habe. Die Schwellung, die für einen Abscess gehalten wurde, war in Wirklichkeit Tumormasse, die sich nach aussen ausbreitete. Daher entleerte sich kein Eiter, sondern nur serös blutige Flüssigkeit aus der Incisionswunde. Letztere heilte niemals und zur Zeit der Semon'schen Berichtigung lag die Canüle in einer ulcerirten Krebsmasse, deren Natur durch mikroscopische Untersuchung sichergestellt worden war.

A. E. GARROD.

87) **C. Seiler. Ein Fall von Larynxstenose mit hörbarer Articulation. (A case of laryngeal stenosis with audible articulation.)** *Philadelphia Medical Times. 1. Januar 1888.*

Als der Patient, ein 3jähriger Knabe, zum ersten Mal gesehen wurde, fand man ein Papillom, welches vom linken Stimmband ausging. Athembeschwerden bestanden nicht. Vier Jahre darauf wurde er zu S. gebracht. Das Kind war wegen Dyspnoë tracheotomirt worden und athmete ganz durch die Canüle. Man hatte nicht versucht, das Papillom zu entfernen. Der Larynx war ganz von Geschwulstmasse erfüllt, doch articulirte das Kind erstaunlicherweise, wenn auch auf ganz eigene Art, jedoch laut genug, dass man es deutlich durch das ganze Zimmer hören konnte. Schluss der Canüle verursachte Dyspnoë. Es ging nämlich keine Luft durch den Larynx, wie das Fehlen von Feuchtigkeit auf dem Larynxspiegel bewies. Die Articulation kam auf folgende Weise zu Stande: Der Knabe ahmte die Vocale dadurch nach, dass er die Mundhöhle in die für die Production der Vocale richtige Stellung brachte, und mit der Seite der Zunge ein schabendes Geräusch gegen die unteren Zähne machte, wodurch er die im Pharynx enthaltene Luft hinter den Verschluss trieb. Die selbstlautenden Consonanten B, P, S, T articulirte er in ähnlicher Weise; die stummen, wie M, N, H. etc. konnte er natürlich nicht hervorbringen. Er hatte in seiner eigenartigen Articulation solche Fortschritte gemacht, dass selbst Fremde ihn leicht verstehen konnten. Die Neubildung wurde anscheinend vollständig durch den Mund entfernt; sie recidivirte jedoch und wurde ein Jahr darauf durch externe Operation entfernt.

Der Patient gebraucht jetzt seine Stimmbänder und spricht so gut, wie andere Kinder. Seine compensatorische Methode hat er ganz vergessen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

88) **George H. Bosley. Bericht über einen Fall von Larynxstenose in Folge von Compression durch einen Kropf. Operation; Heilung. (Report of a case of laryngeal stenosis due to compression by goitre. Operation; recovery.)** *New-York Medical Journal. 28. Januar 1888.*

Der berichtete Fall (welcher richtiger Trachealstenose betitelt werden sollte) ist von grossem Interesse und bot aussergewöhnliche Schwierigkeiten dar. Es wurde plötzlich die Tracheotomie zur Hebung der schweren Athemnoth erbeten. Da keine Luft in die Trachea eindrang, so wurde ein elastischer Gummi-

catheter No. 9 abwärts in den Canal geführt, durch welchen die Patientin unter den grössten Schwierigkeiten Luft genug erhielt, um unter beständiger Hülfe durch künstliche Respiration zu leben. Als jedoch No. 10 eingeführt wurde, kehrte das Bewusstsein sofort zurück, und Patientin war im Stande, ihre Umgebung zu erkennen. Als am folgenden Morgen die Canüle behufs Reinigung herausgenommen wurde, collabirte sofort die Trachea; die Athmung wurde jedoch durch Einführung einer anderen Canüle wiederhergestellt. Man fand, dass die Trachea sehr stark seitlich comprimirt war und zwar in einer Ausdehnung von 4,5 Ctm., 9 Ctm. von der Spitze und 3 Ctm. vom unteren Ende entfernt. Ausserdem bestand eine Einschnürung von vorn nach hinten etwa 3 Ctm. unterhalb der Einführungsstelle der Canüle.

Es wurde hierauf die König'sche Canüle angewandt und in den Kropf, nachdem die Entzündung um die Trachealwunde nachgelassen hatte, Injectionen von Jodtinctur gemacht. Beim Beginn der Injectionen war der Halsumfang über dem Kropf 51 Ctm.; in einem Monat wurde derselbe um 1,75 Ctm. verkleinert, indem die Masse fester und dichter wurde; einige Stellen wurden beinahe fibrös. Als 8 Monate später die Canüle temporär entfernt wurde, collabirte sofort die Trachea, und Patientin wurde nur durch schnelle Wiedereinführung der Canüle vor der Erstickung gerettet. Darnach erhielt Patientin Calcium-lactophosphat, um die Verhärtung der Trachealknorpel zu beschleunigen; da sie ausserdem sehr anämisch war, noch Ferr. acet. mit grossen Dosen Chinin. Schliesslich wurde berichtet, dass nach Entfernung der Canüle die Trachealwunde sich geschlossen und der Hals den normalen Umfang erhalten habe. Die laryngoscopische Untersuchung ergab, dass der Larynx und die Trachea in jeder Hinsicht gesund waren.

LEFFERTS.

89) **Pieniaczek** (Krakau). **Zur Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen. (Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w drogach oddechowych.)** *Przegląd lekarski. No. 47, 48. 1887.*

Ein 14 jähriger Gymnasiast aspirirte durch Zufall aus einem Blaserohr einen aus Kapsel und Nadel bestehenden Bolzen. Er verspürte sofort einen stechenden Schmerz unter dem Sternum und suchte am 4. Tage ärztlichen Rath. Bei der laryngoscopischen Untersuchung konnte P. nichts Abnormes bis zur Bifurcation finden. Dagegen war bei der Auscultation in der rechten Lunge ein leichtes stenotisches Geräusch bei der In- und Exspiration, besonders zwischen Schulterblatt und Wirbelsäule zu hören. Diagnose: Fremdkörper im rechten Bronchus. Am nächsten Tage wurde an einer Stelle, wo Patient Stechen zu fühlen angab, eine leichte Dämpfung constatirt. Frösteln, Temperatur 37,8. Der Kranke wurde tracheotomirt und bei herabhängendem Kopfe die Wunde durch ein von Pieniaczek construirtes Speculum erweitert und die ganze Trachea gründlich untersucht. Eine der Schrötter'schen ähnliche scharfe Polypenzange wurde nun nach entsprechender Biegung in den rechten Bronchus geschoben und sodann geöffnet. Bei dem fünften Einführen konnte der Fremdkörper an der Spitze erfasst und herausgezogen werden in einer Tiefe von circa 20 Ctm. Die Wunde wurde vernäht, heilte per primam und der Kranke genas vollkommen, ohne jede Complication.

Der Fall bietet dem auf diesem Gebiete sehr erfahrenen und kühnen Operateur Gelegenheit zu folgenden Bemerkungen. Kleine Fremdkörper dringen leichter in den rechten Bronchus wegen seiner Grösse und seiner mehr senkrechten Lage, doch können bei Neigung des Körpers nach rechts diese auch in den linken Bronchus gelangen. In beiden Fällen bleibt der Fremdkörper gewöhnlich, entsprechend dem anatomischen Bau der Bronchen, an der Bifurcation des II. Grades, seltener des III. Grades stecken. Denselben Weg, den der Fremdkörper genommen, müssen auch die Instrumente verfolgen, die Schwierigkeit besteht nur in ihrer Länge. Sie müssen leicht gebogen sein, damit in beiden Bronchen manipulirt werden kann. Um in den linken Bronchus zu gelangen, räth P., den Kranken in der Hüfte sich nach rechts biegen zu lassen, für den rechten Bronchus nach links. Auf diese Weise hat P. öfters croupöse, stenosirende Membranen aus den Bronchen mit seiner Zange entfernt. Zur Beleuchtung der Trachea benutzt er kurze Zaufal'sche Röhren, zur Operation sein zweiblättriges Speculum. Mit Hülfe seiner Specula konnte P. bei einer 6jährigen Patientin die zweite Bifurcation des rechten Bronchus deutlich übersehen.

HERYNG.

90) **L. Carpani** (Mailand). **Ein Fall von Fremdkörper in den Luftwegen. (Un caso di corpo estraneo nelle vie aëree.)** *Morgagni. Februar 1888.*

Eine 51jährige Frau litt seit dem 10. Decbr. 1885 an Husten, heftigen Brustschmerzen mit Fieber etc. Man stellte die Diagnose auf Bronchopneumonie und wandte verschiedene Mittel an. Das Fieber schwand, nicht aber der Husten und der Brustschmerz. Nach einiger Zeit beobachtete C. die Patientin und stellte also Symptome der chronischen Bronchostenose fest. Behandlung mit dem Waldenburg'schen Apparat. Während eines sehr heftigen Hustenanfalls bei den Inspirationen warf Patientin ein lanzenförmiges Stück Knochen von der Grösse eines 2 Centimesstücks aus. Gleichzeitig waren die Sputa blutig. Heilung.

CARDONE.

91) **Chr. Parelius** (Norwegen). **Eine Gräte im Halse. (Et Fiskeben i halsen.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. p. 60. 1888.*

Am 16. October wurde ein kleines Mädchen, $1^1/_2$ Jahre alt, plötzlich von pfeifendem Athem und gewaltigen Erstickungssymptomen befallen. 5—6 Minuten nachher war der Paroxysmus vorbei, aber die Kleine war aphonisch und hatte schmerzhafte Hustenanfälle. Im Pharynx konnte nichts gesehen werden; die Laryngoskopie, die beinahe unmöglich war, gab ein negatives Resultat. Es trat Euphorie ein, nur dauerte die Heiserkeit fort bis zum 10. November, an welchem Tage das Kind eine Gräte (von der eine Zeichnung der Arbeit beigefügt ist) aushustete; dann verlor sich auch die Heiserkeit.

SCHMIEGELOW.

92) **Roquer y Casadesus** (Barcelona). **Stecknadel im linken Stimmbande, auf natürlichem Wege entfernt. (Un caso de implantacion de un alfiler en la cuerda vocal izquierda. Extraccion por las vias naturales.)** *Revista de Laringologia, Otologia y Rinologia. Juli 1888.*

Ein 6jähriges Mädchen verschluckte eine Stecknadel, die mit dem Kopfe voran in die Luftröhre gerieth und dann durch Hustenstösse zurückgetrieben das

catheter No. 9 abwärts in den [illegible] den grösseren Theil den grössten Schwierigkeiten [illegible] wurde. Während durch künstliche Respiration [illegible] und schon dachte man kehrte das Bewusstsein sofort [illegible] letzten Versuche gebung zu erkennen. Als [illegible] herausziehen liess. herausgenommen wurde, [illegible] GONGORA-SENTINON.

doch durch Einführung eines [illegible] Vallecula durch einen die Trachea sehr stark seitlich [illegible] Laryngitis. *Internat.* von 4,5 Ctm., 9 Ctm. [illegible]

Ausserdem bestand eine [illegible] nung bald schwanden. halb der Einführungsstelle [illegible] war, behielt ihre Form

Es wurde hierauf [illegible] des Kernes daselbst ge- nachdem die Entzündung [illegible] Kranken stimmten. von Jodtinctur gemacht. [illegible] Pars infraglottica la- dem Kropf 51 Ctm., in [illegible] indem die Masse fester und [illegible] sah man denselben in der Als 8 Monate später die [illegible] Wulste unmittelbar unter Trachea, und Patientin [illegible] den und Schmerzen beim vor der Erstickung [illegible] Knochen in 2 Stücken, fand um die Verhärtung der [illegible] knorpels, die er durch ein anämisch war, noch [illegible] halb und wegen zunehmen- berichtet, dass nach [illegible] tracheotomirt, wobei sich und der Hals den [illegible] des Ringknorpels war. suchung ergab, dass der [illegible] Athmung frei und die Stimme

CHIARI.

89) **Pieniaczek** (Krak[illegible] **wegen eines Fremdkörpers. (Traque- (Przyczynek do** [illegible] *lekarski. No. 37,* [illegible] *Juli 1885.*

Ein 14 jähriger [illegible] 10. April d. J. zwei Piniennüsse, einen aus Kapsel [illegible] Dyspnoe, Cyanose und Er- stechenden Schmerz [illegible] wurde ausgehustet; wegen des Bei der laryngoskopi[illegible] wonach derselbe von selbst heraus- furcation finden. [illegible]

GONGORA-SENTINON.

leichtes stenotisches [illegible] **eines Bolzens aus den Luftwegen.** Schulterblatt und [illegible] **passages.)** *British Medical Journal.* Bronchus. Am [illegible] fühlen angab, [illegible] unmittelbaren Beschwerden zur Der Kranke wurde [illegible] Temperatur und fünf Tage nach dem durch ein von [illegible] stellte vergebliche Versuche an, den chea gründlich [illegible] entfernen. zange wurde [illegible] ausgehustet. Eine Woche schoben und [illegible] Husten und Brechen der Bolzen im körper an der [illegible] Weise mit einer Zange ent- 20 Ctm. Die [illegible] jedoch eine Dämpfung in der vollkommen [illegible]

A. E. GARROD.

... Weiszbarth (Pest). **Fremdkörper in der Luftröhre.** *Orvosi Hetilap. No. 8.* Excerpt aus *Pester med. chir. Presse. No. 13. 1888.*

Ein 11jähriges Mädchen hatte seit 9 Tagen eine Bohne in der Luftröhre. Heiserkeit, Husten, Stickanfälle wurden durch die Tracheotomie zwar gebessert, ...r völlig hörten die Beschwerden erst auf, als am 3. Tage nach der Operation ... in den Kehlkopf gelangte Bohne ausgehustet wurde.

In 2 anderen Fällen trat in Folge eines in einem mittleren Bronchus einge-...ten Melonenkernes Bronchitis, resp. Gangraena pulmonum ein, die beide Male ... Tode führte.

CHIARI.

J. Playfair (Edinburgh). **Einkeilung einer Stecknadel im linken Bronchus. (Pin impacted in the left bronchus.)** *Edinburgh Med. Journal. Mai 1888.*

Das entsprechende Präparat wurde in einer Sitzung der Medico-Chirurgical ...iety vorgezeigt; in der Geschichte des Falles sind folgende Punkte bemerkens-...rth. Die Nadel wurde am 4. Mai 1886 verschluckt. Patientin, ein 15jähriges Mädchen, litt in Folge dessen an Athemnoth, und einige Tage darauf war die Tracheotomie erforderlich. Die Athmung wurde hierauf leichter und Pat. blieb ...ge Monate im Krankenhaus. Hierauf ging sie nach Hause und starb schliess-...ch im December an Mundkrebs.

M'BRIDE.

... Samson Gemmell (Glasgow). **Verstopfung des linken Bronchus durch eine Bohne. (Case of left bronchus plugged by a bean.)** *Glasgow Medical Journal. März 1888.*

Ein 5jähr. Knabe spielte mit Bohnen, welche er in den Mund nahm. Plötz-...ch wurde er von Husten ergriffen, cyanotisch, besserte sich jedoch, als sein Vater ihm den Finger in den Hals steckte. Er wurde zu einem Arzt gebracht, welcher glaubte, dass die Bohne in die linke Lunge gelangt sei. Pat. befand ...ch eine Zeit lang ziemlich wohl, nur dass er Hustenanfälle und zuweilen Er-...chen hatte. Er athmete etwas schneller, schwitzte des Nachts, magerte ab ...nd zuweilen wurde der Athem übelriechend. Bei seiner Aufnahme ins Kranken-...aus (am 14. Decbr. 1887) war er noch im Stande, mit Spielsachen zu spielen. Die physikalische Untersuchung zeigte eine flache und mangelhafte Bewegung über der ganzen linken Lunge, Dämpfung und abgeschwächte Respiration mit gelegentlichem, feuchtem Rasseln. Während der beiden folgenden Tage zeigte sich nichts Beunruhigendes, Temperatur, Appetit und Schlaf waren ungestört. Am 17. Decbr. wurde er verdriesslich und seine Temperatur stieg auf 39° C. Es bestand jedoch weder Husten, noch Athemnoth; auch keine Veränderung der physikalischen Symptome. Um Mitternacht jedoch machte ein plötzlich auftretender Erstickungsanfall die Tracheotomie nothwendig. Es floss darauf Eiter aus ...nd die Respiration kehrte wieder. Da sie jedoch bald wieder aufhörte, so wurde ...ne Zange in die Trachea eingeführt und die Bohne entfernt. Jetzt floss zwar der Eiter frei heraus, die Athmung stellte sich jedoch nicht wieder her und Pat. starb in zehn Minuten.

Die Obduction zeigte eine leichte Erweiterung des linken Bronchus, Eiter in allen Bronchialröhren kleineren Kalibers und die eine Lunge mit kleinen Abscessen durchsetzt.

Stimmband durchbohrte und darin stecken blieb, so dass m
hervorragen sah, während der Kopf vom Stimmbande v
dreier Tage waren alle Entfernungsversuche vergeb
daran, die Pincette electromagnetisch zu machen, als
die Nadel sich leicht aus dem entzündlich erweich
Die kleine Wunde im Stimmbande vernarbte ohne S

93) **Beregszászy** (Wien). **Ein Kirschkern in der r**
Monat eingekeilt unter den Erscheinungen einer s
klin. Rundschau. No. 26. 1888.

Der Kern wurde extrahirt, worauf die Reizun
Die Höhlung, in welcher der Fremdkörper eingel
noch durch 3 Tage, so dass auf ein längeres Verw
schlossen werden musste, womit auch die Angaben

Ein eingekeiltes Knochenstück in de
ryngis. Ibidem.

9 Monate nach dem Verschlucken des Knoc
sagittalen Ebene in einem stenosirenden ring
den Stimmbändern stecken. Aphonie, Athemn
Schlucken waren dadurch erklärt. B. extrahi
aber noch eine rauhe Stelle in der Höhe des
weiteres Stück des Knochens veranlasst glau
der Athemnoth wurde die Kranke von Pro
herausstellte, dass die rauhe Stelle nur
Nach 14 Tagen wurde die Canüle entfer
nur leicht heiser war. Heilung.

94) **Sagarra** (Valladolid). **Luftröhrensc**
otomia por cuerpo extranno.) *El*

Ein 9jähriges Mädchen versch
die in die Luftröhre geriethen und
stickungsgefahr hervorriefen. Ei
andern wurde der Luftröhrensch
kam. Heilung ohne Zwischenfa

95) **W. Lyon** (Houghton-le-Spri
(Puff and dart needle remo
p. 195. 28. Januar 1888.

Die Impaction des B
Folge. Nach zwei Tagen
Unfall machte man die T
Bolzen mittelst eines Elek

Zehn Tage darauf
später erschien nach
Pharynx eingebettet u
fernt. Das Kind erh
linken Lungenspitze

... Eintritt eines Fremdkörpers in den linken Bronchus ... wie dies gewöhnlich angenommen werde. Wegen ... das Original verwiesen werden.

... der sich der Präsident (Mr. Pollock), sowie die ... Holke, Barwell, Howard Marsh und Howard ... Fälle Erwähnung gethan, und speciell die Frage ... solchen Fällen nach der Tracheotomie die Ränder ... einzunähen. Die Meinungen hinsichtlich dieses ... — Der Fall selbst wie die Discussion verdienen von ... studirt zu werden.

SEMON.

... (London). **Ueber „Luftkropf" und Tracheocele. (On ... cele.)** *Journal of Laryngology. März 1888.*

... die verschiedenen, über diese Zustände veröffentlichten ... zu dem Schluss, dass der „Luftkropf", der so oft ... beschrieben wird, als unmöglich aufgegeben werden ... und Laryngocele ventricularis scheinen Selten... macht er Mittheilungen über drei Fälle von „Tracheo... welche er in den letzten 18 Monaten gesehen hat.

... Kellner von 20 Jahren bemerkte im December 1886 ... am Hals, oberhalb der Incisura sternalis, welche einen ... der Trachea bildete und als Kropf behandelt wurde. Er ... unter der Jodbehandlung zu verkleinern. Als er in's ... kam, fand W. eine weiche Schwellung beider Lappen ... beim Husten mehr hervortrat. Bei Anstrengung zeigte sich ... Stimme war heiser, die Stimmbänder geschwollen und ... W. behandelte den Kranken mit Electrolyse und Faradisation. ... Verkleinerung des Kropfes. Man fand hierauf eine Luftgeschwulst, ... communicirte und welche Pat., wie er sagte, aufblasen

... war die Schwellung kaum zu bemerken, nur wenn Pat. bei ge... und Nase stark exspirirte, dann erschien sie von runder Ge... begrenzt.

... lag hauptsächlich auf der rechten Seite; doch war ein kleinerer ... vorhanden, welcher anscheinend durch eine Schwellung vorn ... mit dem rechtsseitigen verbunden war.

... durch Druck den rechtsseitigen Tumor an der Ausdehnung ver... zeigte sich eine Blähung des links gelegenen Tumors. Der Um... war übrigens 39 Ctm., bei Aufblähung 45 Ctm. Husten verur... Ausdehnung.

... Tumor war nicht tympanitisch, wahrscheinlich wegen der Dicke seiner ...; es war auch kein Crepitiren zu erzeugen. Bei der Auscultation hörte ... Trachealathmen.

... Behandlung bestand in Anlegung einer Pelotte, welche einen Druck

An der sich daran schliessenden Discussion betheiligten sich Robert[...] Coats, Workman und Mc. Call Anderson. Coats meinte, dass w[...] Körper, welche sich in einem Bronchus festsetzen, leichter zu acuten Entzün[...]gen neigen, während härtere Körper chronische Veränderungen hervorzu[...] pflegen. M'BRI[...]

99) **V. Reggiani. Tracheotomie wegen eines Fremdkörpers des Larynx. (Tr[...]tomia per corpo estraneo della laringe.)** *Gazz. ospitali. 27. Mai 1888.*

Ein kleines 3jähr. Kind hatte einen Bohnensamen in der Trachea[...] Fremdkörper wurde drei Tage nach der Operation extrahirt. Trotzdem[...] das Kind nicht ohne Canüle athmen und starb 24 Tage nach der Trach[...] an einer sehr reichlichen Blutung aus dem Mund und der Canüle.

Bei der Autopsie fand man eine Ulceration und Perforation der [...] welche mit dem arteriellen Truncus brachiocephalicus communicirte.

R. glaubt, dass die Patientin nicht durch den Mund athmen kon[...] nach den Manipulationen eine Paralyse der Glottisöffner eingetreten sei.

F. CA[...]

100) **Jansen** (Riga). **Casuistisches über Fremdkörper.** Protocoll der [...] praktischer Aerzte zu Riga. *Petersburger med. Wochenschrift. No. 1.*

Einem 3 Jahre alten Knaben war ein metallener Schnallenkn[...] Larynx gerathen. Dyspnoe, Cyanose, Tracheotomie. Der Knopf w[...] Sonde in den Pharynx geschoben und verschluckt. Entfernung ei[...] Knochenstückes von 4 Ctm. Länge und einer Kupfermünze von 2 [...]messer aus dem Oesophagus vermittelst des Graefe'schen Münzenfä[...]

Bergmann. Tracheotomie bei einem 5jähr. Knaben, der ei[...] Krebsschale in den Kehlkopf aspirirt hatte. Dieselbe wurde von de[...] mit einer Sonde in den Rachen geschoben und mit dem Finger entf[...]

Miram. Projectil, an der linken Seite des Kehlkopfs sitzend[...] entfernt werden. Beim Hautschnitt fällt die Kugel durch die durchs[...] thyreoid. in den Larynx. Es gelang, mit glücklichem Griff vom R[...] Kugel wieder zu luxiren.

101) **Sjöblom** (Schweden). **Erstickung durch ein Stück Lakritze. ([...] en lakritsbit.)** *Eira. p. 157. 1888.*

Ein Stück Lakritze, 13 Mm. lang, von konischer Form, w[...] 7jährigen Knaben beim Spielen aspirirt und im Larynx festgekeil[...] als der Verf. den Knaben sah, schon eingetreten.

102) **W. B. Cheadle und Thomas Smith** (London). **Ein Fall v[...] linken Bronchus durch das metallene Ansatzstück einer [...] Entfernung desselben mittelst der Tracheotomie. (A [...] left bronchus by a metal pencil cap and its removal b[...]** *Med. Journal. 14. Januar 1888.*

Der Titel giebt das Wesentliche des sehr genau [...] welcher der Royal Medical and Chirurgical Society [...] wurde. Die Patientin war ein 9jähriges Mädchen [...]

ng,
tus
dem
der
sto
ung;
hten
Ver-
seitiger
HECH.

medicin.

der

CHIARI.

ea.) *New-York*

fand sich in einem
entwickelte sich eine
nahm zu und es bil-
oopathische Anstalt,
Sondirung das Instru-
in Folge dessen gerade
nicht mehr schloss.

LEFFERTS.

omy.) Sunderland and North
Januar 1888.

vor 9 Jahren wegen Larynx-
ryngoscop zeigte keine Obstruc-
Versuch zu inspiriren. Patientin
ragen. Die Anamnese wies nicht

A. E. GARROD.

r **Tracheotomie. (De geschiedenis eener**
tot Bevordering der Geneeskunst. Vers-
ingen in 1882. Weekbl. van het Nederl.

BAYER.

ausübte. Anamnestisch war weder heftige Hustenanstrengung, noch Husten oder Erbrechen festzustellen. Es wird eine Abbildung des Halses gegeben.

Fall II. Eine Frau von 30 Jahren kam mit einer Schwellung an der linken Seite des Halses, welche sie seit 15 Monaten bemerkt hatte. Sie war mit Jod gepinselt worden. Der Tumor nahm sehr zu, wenn Patientin bei geschlossenem Mund und Nase exspirirte. Wenn man aber an einer Stelle links von der Trachea comprimirte, dann konnte man die Ausdehnung der Geschwulst verhüten. Durch Husten nahm sie zu. Der Tumor war tympanitisch und bei der Auscultation hörte man blasende Geräusche. Bei Anstrengungen bestand etwas Athemnoth; die Stimme war zwar schwach, aber nicht heiser; der Larynx normal. Patientin hatte sehr an Erbrechen mit heftigem Würgen gelitten.

Fall III betrifft einen schwachen Mann von 45 Jahren. Der Tumor war ungefähr so gross wie eine Tangerorange, fest, aber compressibel, rechts neben der Trachea gelegen. Er konnte durch Druck fast ganz entleert werden und schwoll beträchtlich bei der Exspiration oder Husten an. Man hörte über demselben blasende Geräusche; er war jedoch nicht tympanitisch. Stimmbänder geschwollen, schwer beweglich.

W. giebt eine Uebersicht über die anderen 11 ähnlichen Fälle, welche berichtet wurden und bespricht die Aetiologie. Die Affection kam drei Mal öfter bei Personen männlichen als weiblichen Geschlechts, sowohl im jugendlichen als im erwachsenen Alter vor. Die Ursachen waren heftige Exspirationsanstrengungen, Husten oder Erbrechen.

Was die Pathologie betrifft, so hält er die alte Ansicht, wonach es sich um eine hernienartige Hervortreibung der Trachealmembran, ausgehend von einer schwächeren Stelle der Trachealwand mag dies erworben oder angeboren sein, handle, für die am meisten befriedigende. Eldridge's Theorie von einem Defect der Kiemenbogen und die einer Ruptur der Trachea hält er für die Mehrheit der Fälle für unhaltbar.

A. E. GARROD.

104) **Krieg** (Stuttgart). **Berichtigung einer von Dr. Norris Wolfenden auf Tracheocele gestellten Diagnose**. *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 5. 1888.*

Krieg behauptet, dass der erste von Dr. Wolfenden als Tracheocele gedeutete Fall (vgl. vorstehendes Referat) ganz anderer Natur gewesen sei: es habe sich um geblähte Venen gehandelt, welche von einer Struma ausgingen und die sich beim Pressen enorm füllten; nach Operation der Struma verlor sich auch die durch Pressen vorher jedesmal entstehende Geschwulst.

SCHECH.

105) **H. Burckhardt** (Stuttgart). **Ueber Tracheocele und Kropf.** *Württemberger med. Correspondenzblatt. No. 13. 1888.*

B., der die im vorstehenden Referate erwähnte Operation des substernalen Kropfes in dem betreffenden Falle vorgenommen hat, streicht denselben aus der Liste der Tracheocelen, nachdem er durch die anatomische Untersuchung der betreffenden Gegend die Unhaltbarkeit der Wolfenden'schen Diagnose mit Bestimmtheit nachgewiesen hat.

RED.

106) **O. Körner** (Frankfurt a. M.). **Ein Fall von primärem Krebs der grossen Luftwege mit 7 Wochen lang bestehender Obstructionsatelectase der ganzen rechten Lunge.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 11. 1888.*

Es fanden sich im unteren Theil der Trachea auf beiden Seiten faustgrosse Tumormassen; aus dem rechten Hauptbronchus ragte die Spitze eines Tumors hervor, der das Lumen des Hauptbronchus vollständig ausfüllte und 5 Ctm. lang, 2 Ctm. breit und dick war. Das Fehlen der Bronchophonie und des Vocalfremitus über der rechten Lunge, sowie das Fehlen des Athmungsgeräusches über dem grössten Theile derselben deutete auf einen Verschluss der grossen Bronchien der rechten Lunge. Je mehr die in der Lunge eingeschlossene Luft verschwand, desto matter wurde der Percussionsschall, schliesslich kam es zu absoluter Dämpfung; das Verschwinden der intraalveolaren Luft hatte zur Folge: Einziehung der rechten Thoraxhälfte, Ausdehnung der linken Lunge über ihre normalen Grenzen, Verschiebung des Herzens nach rechts, Hochstand der Leber, geringer rechtsseitiger Hydrothorax. SCHECH.

107) **Zemann** (Wien). **Ein Fall von Angiosarcom der Trachea.** *Wiener medicin. Presse. No. 21. 1888.*

Der Fall wurde bereits beschrieben und demonstrirt in der Gesellschaft der Aerzte am 25. November 1887.

Schon referirt. CHIARI.

108) **D. Bryson Delavan. Trachealfistel. (Fistula of the trachea.)** *New-York Med. Journal. 17. März 1888.*

Es werden die Details des Falls mitgetheilt. Patient befand sich in einem vorgerückten Stadium der Phthisis. Vor etwa 5 Monaten entwickelte sich eine Schwellung über der unteren Larynxpartie; die Schwellung nahm zu und es bildete sich ein Abscess. Der Patient wandte sich an eine homöopathische Anstalt, wo der Abscess eröffnet und während einer ungeschickten Sondirung das Instrument in die Trachea hineingeführt wurde. Es bildete sich in Folge dessen gerade unterhalb des Ringknorpels eine Luftfistel, die sich nicht mehr schloss.

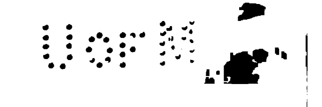
LEFFERTS.

109) **Drinkwater** (Durham). **Tracheotomie. (Tracheotomy.)** Sunderland and North Medical Society. *Brit. Medical Journal. p. 23. 7. Januar 1888.*

D. stellte eine alte Frau vor, bei welcher er vor 9 Jahren wegen Larynxstenose die Tracheotomie gemacht hatte. Das Laryngoscop zeigte keine Obstruction; jedoch schloss sich die Glottis sofort beim Versuch zu inspiriren. Patientin hatte seit der Operation stets die Canüle getragen. Die Anamnese wies nicht auf Syphilis hin. A. E. GARROD.

110) **Mynlieff** (Vecht). **Geschichte einer Tracheotomie. (De geschiedenis eener verichte tracheotomie.)** *Nederl. Maatschr. tot Bevordering der Geneeskunst. Verslag van de Werkzaamheden der Afdeelingen in 1882. Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 25. 1888.*

Nichts Besonderes. BAYER.



111) Sörensen (Kopenhagen). **Ueber Spaltung der hinteren Luftröhrenwand bei Tracheotomie. (Om Spaltning af den bagerste luftrörsvaeg ved Trakeotomi.)** *Ugeskrift for Laeger. 9. Juni 1888.*

Der Verf. erwähnt, dass eine Spaltung der hinteren Wand der Trachea, selbst bei geübten Operateuren, vorkommen kann. In dem epidemischen Krankenhaus zu Kopenhagen, wo der Verf. als dirigirender Arzt fungirt, sind in dem Zeitraume von 1884—1887 502 Tracheotomien ausgeführt. Der Verf. hat selbst 3 Mal und sein erster Assistent 2 Mal gegenüber dieser Operationscomplication gestanden. Die Folgen des Unglücksfalles können abgewehrt werden, wenn derselbe gleich entdeckt wird, das heisst, die Canüle muss gleich entfernt, und wieder in der Weise eingeführt werden, dass die Spitze der Canüle so nahe wie möglich an der vorderen Wand der Trachea gehalten wird. Am leichtesten geschieht die richtige Einführung, wenn Haken und nicht die Trousseau'sche Zange zu Dilatation der Wunde angewendet wird — 3 von den 5 Patienten sind al directe Folge der Einführung der Canüle durch die hintere Wand der Trachea gestorben.

SCHMIEGELOW.

112) Schneider (Jena). **Ueber Granulationsstenosen nach Tracheotomie.** *Breslauer ärztl. Zeitschrift. 9—12. 1888.*

Zu der vorliegenden Arbeit gab die Beobachtung eines Krankheitsfalles Veranlassung, bei dem nicht, wie gewöhnlich aus der noch offenen Wunde her vorwuchernde Granulationen die Ursache der Stenose bildeten, sondern ein de schon vollkommen vernarbten Incisionsstelle entsprossener Granulationswulst di stenotischen Erscheinungen bedingte. In der Literatur konnten nur 22 wirklic typische Formen solcher Narbengranulome aufgefunden werden.

SEIFERT.

113) Bernstein (Halle a. S.). **Ein Trachealrespirator.** *Centralblatt für die medi Wissenschaften. 17. 1888.*

Um bei Tracheotomirten das Eindringen von Staub resp. infectiösen Keime in die Luftwege und die Einwirkung von kalter und trockener Luft auf die Luf wege zu verhindern, hat B. in einem geeigneten Falle die Trachealcanüle durc ein kurzes fingerstarkes Kautschuckrohr mit einem Nasenloch dicht verbunde Der Pat. hat dann nur mit dem einen Nasenloch geathmet und die erwärmt feuchte Luft durch die andere Seite vermittelst des Rohres der Trachea zugefüh Eine andere Methode war dem Pat. angenehmer, bei welcher eine Mundkaps vor dem Munde befestigt und das davon abgehende Kautschuckrohr mit d Trachealcanüle befestigt war. Der Pat. musste natürlich den Mund offen halte damit die Luft durch Nase, Rachen, Mundhöhle und Schlauch der Lunge zug führt werden konnte.

SEIFERT.

114) N. Lunin (Petersburg). **Ueber die Schwierigkeiten bei der Entfernung d Trachealcanüle. (O prepjatstwiach dlja udalenia trubotschki posle tracheotomi** *Wratsch. No. 17. 1888.*

Bei der Besprechung der verschiedenen Schwierigkeiten, auf die man bei Entfern[illegible] der Canülen stösst, führt Verf. von seinen Beobachtungen 4 Fälle v Gra[illegible]tenose an.

1. $3^1/_2$ Jahr altes Mädchen Diphtheritis laryngis, Cricotracheotomia, Scarlatina. Nach einem Monat Versuche, die Canüle zu entfernen. Granulationsstenose vom oberen Wundwinkel aus: Thyreotomia, Entfernung der Granula, Heilung.

2. 6 Jahre alter Knabe, Diphtheritis laryngis, Tracheot. sup. Die Canüle lag 3 Wochen. Nach Entfernung der Canüle Erstickungsanfälle wegen eines Granuloms vom unteren Wundwinkel ausgehend. Das Granulom bildet sich selbst zurück. Heilung.

3. Ein 3 Jahre alter Knabe, Laryngitis fibrinosa, Tracheot. sup. Am 10. Tage nach Entfernung der Canüle Erstickungsanfälle. Granulationsbildungen vom oberen Wundwinkel ausgehend, Entfernung derselben, Heilung.

4. $1^1/_2$ Jahre alter Knabe, acute Larynxstenose (aller Wahrscheinlichkeit nach Laryngit. cat. acut.), Tracheot. inf.; Pat. lernt sehr schwer mit geschlossener Canüle zu athmen. Ueppige Granulationen im oberen Wundwinkel; kaum waren diese entfernt, so traten Erscheinungen von Granulationswucherungen in Folge von Druck des unteren Canülenendes auf; blutig gefärbtes Sputum, Erstickungsanfälle, welche vergehen, sobald eine längere Canüle eingeführt wird. Pat. erkrankte an Scarlatina und starb. Section nicht gestattet.

Ferner sah Verf. noch 2 Mal Granulationswucherungen bei einem $2^1/_2$ Jahre alten Knaben und einem Mädchen von $1^1/_2$ Jahr. Beiden war wegen Diphtheritis laryngis die Tracheot. inf. gemacht worden. Beim Entfernen der Canülen wurde die Wunde genau besichtigt und die entstandenen Granulationen entfernt. Die Entfernung der Canüle machte keine Schwierigkeiten. Beim Besprechen der verschiedenen Ursachen, welche zu Granulationsstenosen führen, will Verf. in dem langen Liegenlassen der Canüle den häufigsten Grund suchen. Treten die Granulationswucherungen schon nach der ersten Woche auf und ist kein anderer Grund (wie ein zu grosser Trachealschnitt oder ungünstige Lage des Fensters der Canüle etc.) vorhanden, so muss man unwillkürlich an eine individuelle Praedisposition denken.

Zur Casuistik der Narbenstenose wird ein Fall von Perichondritis laryngis bei einem 5jährigen Knaben angeführt, die mit Ankylose des einen Aryknorpels in der Adductionsstellung und einer narbigen Stenose unterhalb der Stimmbänder ausheilte. Es gelang anfangs mit dem Catheter, dann dem Schrötter'schen Zinnbolzen und Dilatatoren das Kehlkopflumen so weit zu erweitern, dass der Knabe durch den Kehlkopf frei athmen konnte. Nachts jedoch traten nach Entfernung der Canüle, sowie bei geschlossener Canüle Erstickungsanfälle auf. Irgend eine Ursache liess sich nicht finden, so dass Verf. glaubt, hier lag eine Inactivitätsparese vor. Einen anderen Fall von Inactivitätsparese sah Verf. bei einem 7jährigen Mädchen, das wegen Papillome des Kehlkopfs 4 Jahre die Trachealcanüle getragen hatte. Nach Entfernung der Papillome konnte das Kind Nachts mit geschlossener Canüle nicht athmen. Bei mehreren Pat., die wegen Diphtheritis laryngis tracheotomirt worden waren, traten Nachts genau solche Erscheinungen auf, obgleich die Canüle blos $1^1/_2$—3 Wochen gelegen hatte. In diesen Fällen will Verf. die mangelhafte Thätigkeit der Musc. postici durch die Erkrankung dieser Muskeln selbst erklären, was bei der oberflächlichen Lage derselben leicht zu erwarten ist. AUTOREFERAT.

115) **Desguin. Neue Canüle für die Tracheotomie; Vorzeigen verschiedener Exemplare. (D. présente divers types de la nouvelle canule pour la trachéotomie à la société de medecine d'Anvers.)** *Annales et Bulletin de la Société de Médec. d'Anvers.) Févr. 1888.*

„Die Canüle hat den speciellen Zweck den Dilatator entbehrlich zu machen, indem sie die Ausdehnung der Trachealwände auf ein Minimum reducirt.“ (? Ref.) BAYER.

116) **Lardy** (Bern). **Canüle für tiefe circumscripte Verengerungen der Trachea.** *Illustr. Monatsschrift für ärztl. Polytechnik. 6. 1888.*

Die für eine durch Aneurysma der Aorta entstandene Strictur der Trachea construirte Canüle enthält in ihrem oberen Stück, welches eine gewöhnliche, grosskalibrige Canüle darstellt, auf der inneren Fläche der Concavität eine Rinne, in welcher ein starkes Stahlband hin- und hergleitet. Dieses trägt eine 4 Ctm. lange gegliederte Canüle, welche bis zur resp. in die stricturirte Stelle zu führen ist und dann mittelst Stellschraube an dem oberen Stück festgestellt werden kann.

Die ganze Länge der Canüle mit dem Stahlband beträgt 21 Ctm.

SEIFERT.

117) **Abrath** (Sunderland, England). **Ueber den Gebrauch elastischer Canülen anstatt Silbercanülen bei Tracheotomirten und über Hämatherapie.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 15. 1888.*

A. empfiehlt die Anwendung von braunen elastischen Cathetern an Stelle von Silbercanülen, wenn die letzteren zu sehr reizen. Besonders gute Dienste leisteten ihm die aus Seide gewebten biegsamen Röhren. Die Hämatherapie besteht in Trinken von frischem Thierblute. CHIARI.

118) **A. Meisenbach. Eine einfache Tracheotomiecanüle. (A simple tracheotomytube.)** *Weekly Medical Review. XVII. 18. 1888.*

Aus einem gewöhnlichen Gummirohr, mit einem Schilde, wie es sich an vielen Saugflaschen findet, verfertigt. Die Vortheile einer weichen Gummicanüle sind mannigfache. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

119) **Schmaltz** (Berlin). **Die therapeutische Verwendung der intratrachealen Injection bei Thieren.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 19. S. 379. 1888.*

Wir erfahren aus dieser Mittheilung, dass Pferde Einspritzungen in die Trachea ausgezeichnet vertragen und solche von Prof. Levi in Pisa und Prof. Dieckerhoff in Berlin zu therapeutischen Zwecken häufig gemacht werden. Sie geschehen vermittelst einer Hohlnadel von der Halshaut aus und zwar entweder um local oder um nach ihrer Resorption allgemein zu wirken. Als topischer Erfolg können sogar Heilungen des chronischen trockenen Kehlkopfcatarrhs angeführt werden. Um eine allgemeine Wirkung zu erzielen, spritzt Dieckerhoff z. B. Jodkaliumlösung mit ausgezeichnetem Erfolge gegen die Blutfleckenkrankheit in die Trachea der Pferde ein. B. FRAENKEL.

120) **Ruhemann** (Berlin). **Zur Casuistik der Lungensyphilis.** *Internationale klin. Rundschau. No. 13, 14, 15. 1888.*

R. berichtet über mehrere Fälle aus der Gerhardt'schen Klinik ausführ-

lich. Einige derselben boten auch deutliche syphilitische Veränderungen im *Rachen* und Kehlkopfe und in der Luftröhre. CHIARI.

121) E. S. Perman (Stockholm). **Fall von Blutung aus einem gefässreichen Mediastinaltumor mit schnellem Tode. (Fall af blödning fran en brusten kärlrik mediastinaltumör med hastig död.)** *Hygiea. p. 269. April, 1888.*

Ein 43jähriges Fräulein, das seit seiner Kindheit an multiplem Molluscum fibrosum der Haut gelitten hatte, wurde am 3. Juli 1887, $3^1/_2$ Uhr Nachmittags plötzlich von Schmerzen an der linken Seite des Halses befallen. Gleichzeitig fing dieselbe Stelle an zu schwellen, sie fühlte Oppression in der Brust und das Athmen wurde schwierig. Um $7^1/_2$ Uhr wurde sie in's Krankenhaus aufgenommen. Sie war in hohem Grade cyanotisch im Gesichte, die Respiration sehr schnell: die linke Seite des Halses bedeutend aufgetrieben; die Grösse der Geschwulst war gleich der zweier Fäuste. Plötzliches Zunehmen der Respirationshinderung machte eine schnelle Tracheotomie nöthig, und eine Canüle wurde eingeführt. Pat. machte einige Respirationsbewegungen und starb 10 Minuten nach der Aufnahme in's Spital. Bei der Obduction zeigte es sich, dass die Schwellung des Halses von einem ca. 200 Ccm. Blut enthaltenden, colossalen *Blut*extravasate herrührte. Dieses setzte sich unter der Clavicula und dem Sternum in das Mediastinum bis in die Höhe des Arcus aortae fort. Oesophagus, *Trachea* und die grossen Blutgefässe waren intact. In dem Mediastinum anticum, zwischen Arcus aortae und Vena cava superior wurde eine sehr weiche Geschwulstmasse, aus der die Blutung herrührte, gefunden. Der schnelle Tod wurde mehr als die Folge einer Compression des Herzens und der grösseren Gefässe als der Trachea und der Lungen aufgefasst. SCHMIEGELOW.

f. Schilddrüse.

122) B. Fränkel (Berlin). **Fall von Struma mit Pulsbeschleunigung, in welchem die Struma sich nach galvanokaustischer Aetzung der Nasenmuscheln verkleinerte.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 6. S. 111. 1888.*

Die Galvanokaustik wurde wegen Schwellungscatarrh angewandt, und zwar links. Danach Abschwellung der Struma links. Nun wurde auch rechts in der Nase die Galvanokaustik angewandt und dann auch rechts Abschwellung erzielt.
AUTOREFERAT.

123) Robert Cran (Upper Assan.). **Ein enormer Kropf. (An enormous goitre.)** *Lancet. 18. Februar 1888.*

C. giebt die Maasse des grössten Kropfes, den er angetroffen hat. Vom unteren Ende des Kiefers zum Boden des Kropfes 45 Ctm.

Halsumfang um den Kropf $45^3/_4$ Ctm.

Um die dickste Partie des Kropfes 61,5 Ctm.

Der rechte Lappen ist stärker entwickelt als der linke.

Patient war 18 Jahre alt; die Schwellung hatte in der Kindheit begonnen. A. E. GARROD.

124) **Billroth** (Wien). **Ueber die Ligatur der Schilddrüsenarterien behufs Einleitung der Atrophie von Kröpfen.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 1. 1888.*

B. stellt zunächst als Mängel der Kropfexstirpation die bisweilen auftretende Tetanie, die mögliche Verletzung des Nervus recurrens und die Cachexia strumipriva hin. Unter den Ersatzoperationen für die Exstirpation verdienen die Ligatur der Arterien die grösste Beachtung. Unterbindung aller 4 Arterien wird eine allmälige Schrumpfung erzeugen, aber keine Gangrän, da die Schilddrüse noch von vielen kleinen Arterien versorgt ist; die Schrumpfung wird sich aber nicht bei erweichten, verkalkten oder fibrösen Stellen zeigen, weil diese überhaupt gar nicht oder nur wenig mit Blutgefässen versehen sind. Daher sind Erfolge nur bei rasch wachsenden, parenchymatösen Kröpfen jugendlicher Individuen zu erwarten, bei denen die Drüsensubstanz schnell schwinden wird; es bleibt in solchen Fällen nur narbiges Bindegewebe über. Ob nun bei solcher Atrophie der Schilddrüse auch Cachexia strumipriva entstehen kann, muss erst die Erfahrung lehren, doch scheint es B. denkbar, dass wegen der langsam sich einstellenden Atrophie die Cachexia ausbleibt. Die Atrophie bleibt nur dann eine dauernde, wenn alle 4 Arterien unterbunden sind, und selbst dann kann sich ein Collateral-Kreislauf so schnell entwickeln, dass die Drüse nicht stark atrophirt. Bezüglich der Operation empfiehlt B. den Schnitt am äusseren Rande des M. cleidomastoideus und macht noch besonders auf die enorme Dünnwandigkeit und Brüchigkeit der Art. thyr. inf. aufmerksam; auch ist bei grossen Strumen die Unterbindung dieser Arterie sehr schwer.

B. berichtet nun über 3 Fälle von Unterbindung aller 4 Arterien mit gutem, theilweise glänzendem Erfolge; bei einem Falle von Unterbindung dreier Arterien schwand die Struma nach 3 Wochen, wuchs aber in 2 Monaten wieder zu ihrer früheren Grösse, und wurde dann exstirpirt. Bei Fällen von gutartiger Struma that die Operation sehr gute Dienste, und räth daher B. alle 4 Arterien in einer Sitzung zu unterbinden; das kosmetische Resultat ist weit besser als bei Exstirpation.

Bei carcinomatösen und sarcomatösen Strumen ist der Erfolg fraglich: wenigstens trat in einem solchen Falle nach Unterbindung der 2 Art. thyr. inf. bei einer schon sehr herabgekommenen Patientin der Tod ein. Vielleicht erweist sich, wie B. sagt, die Unterbindung bei beginnendem Sarcoma oder Carcinoma wirksam. CHIARI.

125) **Hurwitz** (Memel). **Die Behandlung des Kropfes mit Unterbindung der zuführenden Gefässe.** Inaug.-Dissertation. Würzburg, 1887.

Bei einem 25jährigen Manne mit Struma vasculosa wurde die rechte Art. thyr. sup. mit der gleichnamigen Vene unterbunden (Art. thyr. inf. konnte nicht gefunden werden), der mittlere Schilddrüsenlappen enucleirt. Darauf hin trat eine mässige Verkleinerung des rechten und linken Schilddrüsenlappens ein. SEIFERT.

126) **v. Hochstetter** (Wien). **Ligatur dreier Arteriae thyreoideae bei Struma maligna.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 13. 1888.*

Es musste wegen Athemnoth Tracheotomie mit Durchtrennung der Struma

gemacht werden; um aber die Schlingbeschwerden zu beseitigen, unterband Gersuny 14 Tage später beide Art. thyr. infer. und die linke Art. thyr. super. Die Struma verkleinerte sich zwar, aber zerfiel bald in eine weiche zerreissliche Masse, welche an den Schnittflächen wiederholt blutete. — Nach 8 Tagen starb die Kranke an Pneumonie und Jauchung im Mediastinum. Die Section zeigte die in Carcinom übergegangene Schilddrüse jauchig zerfallen. H. leitet diesen Zerfall von der Unterbindung der 3. Schilddrüsenarterie ab, welche immer eine Nekrobiose der Schilddrüse veranlasst, die sonst subcutan verläuft. Hier aber war die Schilddrüse fast ganz in zwei Hälften getheilt, und konnte daher durch Eindringen von Fäulnisskeimen von der Schnittfläche her die Necrobiose in eine Jauchung übergehen.

H. erklärt daher auch Hahn's Verfahren nach Unterbindung der Art. thyr. super. und temporärer Abklemmung der inferiores Stücke aus der Struma zu excidiren, für sehr gefährlich, da eine 24stündige Abklemmung einer Unterbindung gleichkommen dürfte; es ist also das Gewebe der Schilddrüse nur sehr mangelhaft ernährt und bei offener Verletzung sehr zum Zerfall geneigt. CHIARI.

127) **N. Weinbaum** (Wolhynien). **Zwei Fälle von Struma, geheilt durch Electropunctur. (Dwa slutschaja soba isletschen nie galvanitscheskim tokom.)** *Wratsch. No. 27. 1888.*

In beiden Fällen handelte es sich um parenchymatöse Kröpfe. In einem Falle brauchte Verf. 150 und im zweiten 50 Sitzungen. In einem dritten Falle mit Struma fibrosum hatte sich der Halsumfang trotz 200 Sitzungen nur um 1 Ctm. verkleinert. LUNIN.

128) **Daraignez. Substernaler Cystenkropf, Punction, Blutung in die Cystentasche; Tod. (Goitre kystique plongeant ponction, hémorrhagie dans la poche kystique; mort.)** Société anat. et phys. de Bordeaux. *Journal de Médecin de Bordeaux. 8. April 1888.*

Die Autopsie ergab, dass die Cyste bis zur Bifurcation der Bronchien reichte. E. J. MOURE.

129) **Pugin Thornton** (Canterbury). **Behandlung des Cystenkropfs. (On the treatment of cystic goitres.)** *Lancet. 18. Februar 1888.*

T. betont in Hinweis auf Mark Hovell's Arbeit die Vortheile der Ersetzung der Metallcanüle durch eine solche von Gummi am dritten oder vierten Tag. Diese Canüle, welche mit einer mittleren Schicht von gewebtem Stoffe versehen ist, kann, je nachdem die Cyste kleiner wird, kürzer geschnitten werden. Auch reizt eine solche Canüle die Cystenwand nicht, wie dies bei der metallenen der Fall ist. A. E. GARROD.

130) **George Foy. Chirurgie der Schilddrüse. (Surgery of the thyroid gland.)** *Dublin Journal of Med. Science. März 1888.*

Ein unvollständiges Resumé über diesen Gegenstand nimmt den grössten Theil der Arbeit ein, welche mit der Beschreibung eines Falles schliesst, bei welchem F. einen cystischen Tumor der Schilddrüse excidirt hatte. Derselbe lag in dem rechten Lappen der Schilddrüse, verursachte Athemnoth und Schling-

beschwerden und wurde durch einen vom Zungenbein bis zum Sternum geführten **Schnitt** freigelegt. Der Tumor bauchte sich in die Wunde vor als eine Masse, die grösser war als ein Hühnerei und in einer fibrösen Kapsel lag. Letztere wurde eröffnet, der Tumor freigemacht, indem man die Verwachsungen zerriss und ihn mit dem Finger von seiner Unterlage lüftete. Es erfolgte eine reichliche Blutung, die nur dadurch gestillt werden konnte, dass man die Höhle mit Schwämmen tamponirte, nachdem man eine Arterienpincette angewandt und die Wundränder mit Nadeln, um welche Schlingen von Peitschenschnur in Achtertour gelegt waren, befestigt hatte. Die Zange wurde am zweiten Tage entfernt und die Schwämme drei Tage später. Beim Verbinden der Wunde zählte Foy 38 Gefässe, die offenbar durch die fibröse Kapsel verhindert worden waren, sich zu retrahiren. Die Wunde wurde zuerst mit Jodoform verbunden; es musste dies jedoch aufgegeben werden, da Unterleibsbeschwerden auftraten. Schliesslich ging es dem Patienten gut, und er konnte in einem Monat nach Hause zurückkehren.

M'BRIDE.

131) X. **Die Chirurgie der Schilddrüse. (The surgery of thyroid gland.)** *Dublin Journal of Medical Science. Mai 1888.*

Eine Discussion, die sich an Foy's (bereits referirte) Arbeit anknüpfte und woran sich Story, Franks, Stoker und der Präsident der chirurgischen Section der Royal Academy of Medicine in Irland (Corley) betheiligten. Letzterer bemerkte, dass er in Fällen von acutem Kropf die Geschwulst nach grossen Dosen Chinin habe schwinden sehen.

M'BRIDE.

132) A. **Berti** (Modena). **Zwei Fälle von Cystenkropf; Exstirpation. (Due casi di gozzo cistico; asportazione.)** *Rassegna di S. Mediche. April 1888.*

Die Fälle betrafen einen Mann von 17 und eine Frau von 23 Jahren. In beiden Fällen wurde die partielle Thyreoidectomie gemacht. Die Cysten hatten einen dicken schwärzlichen Inhalt.

F. CARDONE.

133) **W. C. Phelps. Exstirpation der Schilddrüse. (Removal of thyroid gland.)** *Medical Press of Western New-York. Buffalo, Februar 1888.*

Bericht über einen Fall mit Heilung und Besserung der Drucksymptome.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

134) **Borel** (Lausanne). **Kropfexstirpation. (Exstirpation of goitre.)** *Brit. Med. Journal. 24. März 1888.*

In diesem vor der Medical Society of London am 19. März 1888 gehaltenen Vortrag verbreitet sich B. über die Aetiologie und geographische Verbreitung des Kropfs, die regulatorische Function der Schilddrüse für die Circulation im Gehirn, welche er für erwiesen ansieht, die medicamentöse und chirurgische Behandlung des Kropfes. Er selbst hat 22 Exstirpationen gemacht und wohl ephemere cerebrale Erscheinungen aber nie Cachexia strumipriva gesehen. Soweit aus dem Auszug im British Med. Journal ersichtlich, brachte weder der Vortrag noch die demselben folgende Discussion sonderlich Neues.

SEMON.



g. Oesophagus.

135) **P. Matucci** (Neapel). **Vier Fälle von Oesophagismus etc. (Quattro casi d'esofagismo etc.)** *Giornale di Clinica e Terapia. Januar 1888.*

Es handelte sich in dem ersten und zweiten Fall um junge hysterische Mädchen, in dem dritten um einen jungen Mann mit Magencatarrh und in dem letzten Fall um einen Mann von 52 Jahren, welcher nach einer geistigen Anstrengung an Oesophagismus litt. M. macht sodann einige Bemerkungen über die Natur dieser Neurose. indem er das berichtet, was man hierüber gesagt hat.

F. CARDONE.

136) **G. D. Hays. Spasmodische Strictur des Oesophagus, bedingt durch Verschlucken einer mit Gelatine bekleideten Pille. (Spasmodic stricture of the oesophagus induced by swallowing a gelatine-coated pill.)** *The Post-Graduate. New-York. 11. 4. 1888.*

Die Pille, welche der Patient ohne zu trinken genommen hatte, steckte in der Oesophaguswand, bis sie durch eine Brotkruste dislocirt wurde. Nunmehr trat ein Krampf ein, und Patient konnte sowohl Flüssigkeiten als auch Festes nur mit grossen Beschwerden schlucken, so dass er drei Tage lang nur wenig zu sich genommen hatte. Eine biegsame Röhre wurde im Anfangstheil des Oesophagus zurückgehalten; das Hinderniss gab jedoch einem Druck nach. Bei dem nächsten Versuch, die Röhre einzuführen, wurde der Pharynx mit Cocain gepinselt, wodurch die Einführung leichter von Statten ging. Die Behandlung wurde drei Tage lang fortgesetzt, und die Strictur schwand allmählich.

Als Patient nach sechs Monaten in der Zerstreutheit wiederum eine Pille ohne Wasser zu schlucken suchte, kehrten die früheren Symptome sämmtlich wieder. Sie wichen jedoch wie früher derselben Behandlung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

137) **F. Massei** (Neapel). **Extraction eines Fremdkörpers aus dem Oesophagus. (Estrazione di corpo estraneo dall' esofago.)** *Riforma Medica. 19. März 1888.*

Ein kleines 3jähriges Kind hatte ein Fünfcentimesstück in dem oberen Theil des Oesophagus. Sehr bemerkenswerth ist. dass obwohl das Geldstück schon vor 5 Monaten in den Oesophagus gerathen war, dennoch Speisen hindurchtreten konnten. Es lag nämlich in senkrechter Stellung. F. CARDONE.

138) **Inders** (Oldambt). **Dysphagie in Folge von Fremdkörper. (Over dysphagie bij een man, die na drie weken heritelde, na ontlasting von een stuk been.)** *Nederlandschs Maatsschappy tot Bevordering der Geneeskunst. Verslag van den Werkzaamheden der Afdeelingen in 1887. — Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 25. 1888.*

(Näheres nicht angegeben. Red.) BAYER.

139) **G. Fischer** (Hannover). **Die Oesophagotomie bei Fremdkörpern.** (Nachtrag.) *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. XXVII. 3. u. 4. 1888.*

Zu der Statistik von 80 Oesophagotomien (s. d. Zeitschr. XXV.) kommen noch 29 Operationen, von verschiedenen Chirurgen ausgeführt, hinzu, die noch

nicht veröffentlicht sind. Die früher aufgestellten Indicationen zur Operation erfahren eine Erweiterung in Rücksicht auf die Blutung.

1. Ein frisch verschluckter Fremdkörper muss nach Misslingen der unblutigen Methode bis zum Ende des folgenden Tages durch Oesophagotomie entfernt werden.

2. Ist der Fremdkörper seit einigen Tagen verschluckt, dann ist nach einmaligem Misslingen der unblutigen Methode sogleich die Oesophagotomie zu machen.

3. Macht die Natur des Fremdkörpers jeden Versuch der Extraction oder des Hinabschiebens gefährlich, dann operire man sofort.

4. Bei schon vorhandener Infiltration des Halses, oder bereits eingetretener Blutung aus dem Munde wird sofort Oesophagotomie gemacht. SEIFERT.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Bericht über die 21. Section der 61. Naturforscherversammlung zu Köln (Laryngo-Rhinologie).

In der ersten Sitzung, Dienstag den 18. September, Nachmittags 3 Uhr, constituirte sich die Section. Der Einführende der Section, Herr Dr. C. Michel (Cöln), wurde zum Vorsitzenden durch Acclamation bestimmt, Herr Dr. S. Moses (Cöln) als Schriftführer bestätigt.

I. Herr Dr. R. Lenzmann (Duisburg): Demonstration einer electrischen Batterie nebst einer neu construirten electrischen Glühlampe.

Der Apparat besteht aus einer Art fahrbarem Tischchen, an dessen oberer Platte 4 Elemente (2 Kohle zu 1 Zinkplatte) angebracht sind. Unter den Plattenpaaren befindet sich ein Kasten mit 4 Batteriegläsern, der sich in verticaler Führung bewegt und durch Gegengewicht in beliebiger Höhe gehalten wird. Auf der Tischplatte sind Klemmen für die Schnüre und ein Stromwähler zu beliebiger Verbindung der 4 Elemente angebracht. Die aus Platin und Silber hergestellten stromleitenden Verbindungen schliessen ein Versagen des Apparates aus. Ein Hauptvorzug des Apparates besteht darin, dass die Stromstärke während der Operation bequem zu verändern ist durch das einfache Heben und Senken der Batterieen. Die Constanz des Apparates ist eine sehr grosse, durch die im Verhältniss zur Elementenoberfläche bedeutende Flüssigkeitsmenge. Vermöge des Stromwählers (Pachytrops) sind drei verschiedene Combinationen der Elemente herzustellen, wodurch 3 Stromstärken zu erzielen sind. Als Erregungsflüssigkeit wird doppeltchromsaures Natron, Schwefelsäure und Wasser in der Mischung 110 : 220 : 900 empfohlen. Die zur Batterie von E. Landmann construirte



Glühlampe ist vermittelst Kugelgelenk an einem Stativ befestigt. Das Licht wird von einem schräggestellten Kohlebügel geliefert und giebt einen länglichen Lichtkegel. Zur Erzeugung eines runden Lichtbildes wurde neuerdings ein Kohlenbügel in Form einer Spirale construirt. Die Lampe brennt ununterbrochen 13 Stunden lang.

II. Herr K. K. Regimentsarzt Dr. Scheff (Wien): Evidement im Kehlkopf. Der rotirende scharfe Löffel oder die rotirende Cürette.

Scheff entwickelt zunächst seine Ansicht über die Indicationen zum intra- und extralaryngealen Eingriff; der letztere kommt bei ausgebreitet aufsitzenden weichen gutartigen Neubildungen in Frage. Tumoren bösartigen Charakters, wie das Carcinom, gehören ausschliesslich der Chirurgie an. Der Laryngolog hat im gegebenen Falle neben den übrigen Operationsmethoden nur die Laryngofissur zu erwägen, doch sind auch bei ihr Recidive nicht ausgeschlossen und selbst nach gelungener Operation bleiben oft bedenkliche Stimmstörungen zurück.

Die meisten bisher construirten Instrumente haben den Nachtheil, dass sie für ganz willkürliche Bewegung in loco, namentlich im subchordalen Kehlkopfraume, nicht ausreichen. Bei einem concreten Falle (epitheliale Wucherung, breit aufsitzend unter der vorderen Stimmbandcommissur, an der unteren Fläche der Stimmbänder und den Seitenflächen des subchordalen Kehlkopfraumes) machte S. den ersten Versuch mit dem von ihm construirten Instrument, welches ohne Ortsverrückung um eine verticale Axe gedreht werden kann. Dasselbe (mit 5 Einsätzen für denselben Griff versehen) besteht aus einem dem Störk'schen ähnlichen Griffe, in welchem ein mit einer Spiralfeder umgebener Metallstab befestigt ist, der am freien Ende eine Schraubenmutter trägt. Ueber den Metallstab lässt sich eine mit Daumenring versehene Röhre schieben. Der Träger des scharfen Löffels, der ebenfalls durch ein Rohr läuft, wird in der Schraubenmutter eingeschraubt und bildet mit dem durch den Griff laufenden Rohrtheile ein Ganzes. Eine nach Art eines Gewehrlaufes gezogene bewegliche Hülse, die mittelst eines Stellringes mit innerem Gewinde gestellt wird, befindet sich am freien Ende des zweiten Rohres. Der an einer cylindrischen Spirale sitzende scharfe Löffel ist mit einer Olive am Träger so befestigt, dass er sich um die verticale Axe drehen kann.

In der Discussion bemerkt Michel (Cöln), dass wegen zu befürchtender Narbenbildung die Anwendung des Instrumens, zumal bei Operationen am vorderen Stimmbandwinkel, bedenklich sei. Hopmann hat schädliche Narbenbildung nicht beobachtet, trotz einer Reihe von Operationen am vorderen Stimmbandwinkel, die mit scharfem Löffel ausgeführt wurden. In tieferen Gewebsschichten ausgebreitete Geschwülste wurden nach Spaltung der Knorpel extralaryngeal beseitigt. — Das einem Locheisen ähnlich wirkende Scheff'sche Instrument dürfte sich mehr für die Tiefe als für die Peripherie der Neubildungen wirksam erweisen.

Heymann (Berlin) sah vor 12 Jahren bei Bruns ein dem Scheff'schen Löffel ähnliches Instrument. Bedenkliche Narbenbildung hat er nach Anwendung des scharfen Löffels nicht beobachtet. Michel erwähnt einen Fall von Papillomen zwischen vorderem Ende der Taschenbänder, wo sich nach Anwendung des scharfen Löffels eine Taschenband und vorderen Theil eines Stimmbands deckende



Narbe bildete. Daher erscheint ihm das dreiste Arbeiten mit vorbenanntem Instrument, zumal an den Stimmbändern, bedenklich. Scheff hat in letzter Zeit 2 Fälle mit seinem scharfen Löffel operirt; derselbe ist bei der Operation flach anzusetzen, dann erst hat Drehung und Wegschaben stattzufinden.

III. Herr Dr. Hopmann (Cöln): Demonstration einer Untersuchungsbrille montirt mit electrischer Lampe.

Es handelt sich um den nach Hofrath Dr. Stein von Blonsdorf Nachfolger (Frankfurt) construirten Apparat, dessen sich Dr. Schmidt-Frankfurt nach H.'s Angabe mit Vorliebe bedient. Einmalige Füllung (Tauchbatterie mit 8 Elementen) soll für 2 Stunden ausreichen. 2 Brillenringe, zwischen denen das durch planconvexe Linse concentrirte Glühlicht angebracht ist, tragen geschwärzte Papierröhren, die das seitliche und das Licht der Glühlampe von den Augen des Beobachters ablenken. Das Gestell wiegt 50 Grm. und wird durch Stahlbügel oder Gummiband am Kopf befestigt. Das in der Blickebene liegende und jeder Bewegung des Kopfes folgende Licht macht den Apparat empfehlenswerth. Der Preis für das Brillengestell beträgt 32—42, für die Batterie 26—50 M.

Zweite Sitzung: Mittwoch, den 19. September, $9^1/_2$ Uhr Vormittags.

Vorsitzender: Herr Dr. Jacoby (Magdeburg).

I. Herr Dr. Koch (Luxemburg): a) Zur Frage des nervösen Hustens.

Ein kräftiger, 11jähriger, rasch aufgewachsener Knabe, sonst gesund, ohne nervöse Symptome, leidet seit 15 Wochen an Husten, welcher sich in weithin schallenden, dem Posaunenton ähnlichen Exspirationsstössen äussert, die mit monotonem Klang in regelmässigen kurzen Pausen auftreten. Inspirium tonlos. Durch Willenskraft kann Pat. den Husten nicht bekämpfen, verringert werden die Anfälle dadurch, dass Pat. einen harten Gegenstand in den Mund nimmt oder leise vor sich hin spricht. Während des Schlafes hörte der Husten auf. Anwendung von Narcoticis etc. etc., Electricität, Kaltwasserbehandlung blieb erfolglos, bis nach einem 6wöchentlichen Aufenthalt in einer Gebirgsgegend Heilung eintrat.

Erst der eigentliche Hustenton berechtigt zur Diagnose „nervöser Husten". K. verwirft die von Mackenzie, Rühle und Anderen unter die Kategorie des nervösen Hustens gestellten Krampfhuften, hysterischen Husten etc. und sucht die Differentialdiagnose zu fixiren. K. nimmt mit Charcot an, dass die Ursache des nervösen Hustens auf einer Läsion oder Compression des Hustencentrums beruhe, derselbe also ein Centralleiden sei. Daher keine Wirkung der Medicamente, keine Läsionen des Kehlkopfs, keine Heiserkeit und Aphonie.

Die Prognose hält K. für günstig. Was die Therapie betrifft, so sind Medicamente nutzlos, das Leiden heilt gewöhnlich von selbst nach Luftveränderung etc.

Michel sah einen ähnlichen Fall bei einem 50jähr. kräftigen Mann; die trompetenartigen Hustentöne führt er auf grobes Mitschwingen der Taschenbänder zurück.

b) Ueber einen Fall von Mandelpolyp.

Ein 19jähr. Mädchen, sonst gesund, spürte seit ca. 3 Jahren das Gefühl eines Fremdkörpers im Rachen, dessen Gegenwart schliesslich so ausgeprägt wurde, dass



Patientin denselben nach Belieben herunterwürgen oder auf die Zunge bis vorn in den Mund schnellen konnte. Der vom unteren Theile der linken Mandel ausgehende Fremdkörper war ein gestielter Polyp von derber Consistenz, 4 Ctm. lang und $1^1/_2$ Ctm. dick; der federkieldicke Stiel war ca. $1^1/_2$ Ctm. lang; derselbe wurde mit der Cooper'schen Scheere entfernt. Die mikroscopische Untersuchung ergab ein reines Fibrom.

In der Discussion erwähnen Dr. Jacoby und Dr. Heymann ähnliche Fälle.

II. Herr Dr. Lange (Copenhagen): Zur Inhalation medicamentöser Flüssigkeiten durch Spray.

Den Grund, weshalb in letzter Zeit den Inhalationen verhältnissmässig wenig Werth beigelegt wurde, ersieht L. in der Unzulänglichkeit der Apparate. Der Siegle'sche z. B. wird den Patienten dadurch schon sehr unbequem, dass mit einem Glastrichter, durch den die Dämpfe strömen, die Zunge heruntergedrückt werden muss, wobei die Flüssigkeiten mehr zum Gaumen und Rachen, als in die Luftröhre gelangen. L. vertritt daher die Ansicht, durch die Nase inhaliren zu lassen, welches Princip von Feldbausch, Tröltsch etc. bereits bei ihren Apparaten vertreten wurde. Zu dem Zwecke hat L. den Siegle'schen Apparat statt mit dem Glastrichter mit einer Maske (nach Waldenburg) verbunden und erzielt jetzt bedeutend bessere Erfolge.

III. Herr Dr. Rieth (Schluchsee-San Remo): Demonstration eines neuen Inhalationsapparates, „Medicin-Athmer".

Der Apparat besteht aus einer kleinen Metalldose mit durchlöchertem Deckel und Zwischenwand, zwischen welche Watte, die mit 10—20 Tropfen des betreffenden Medicaments getränkt ist, gelegt wird. Eine Ventilvorrichtung ermöglicht es, durch den Apparat auch zu exhaliren (vorausgesetzt, dass die Nasenlöcher verstopft sind); der Apparat ist mit einer elastischen Gummiröhre nebst Mundstück versehen und kann stundenlang, selbst während des Schlafes angewandt werden.

Discussion über 2 und 3: Dr. Aronsohn (Berlin-Ems) spricht sich gegen Inhalation durch die Nase aus, weil die Nasenschleimhaut gereizt werde und die Medicamente kaum in den Kehlkopf etc. gelangen. Dr. Bloch (Freiburg) befürwortet die Inhalation durch die Nase. Dr. Lange erwähnt, seine Versuche nur mit Terpentinöl gemacht zu haben. Dr. Rieth bemerkt, dass Inhalationen schon durch die dabei nothwendigen tiefen In- und Exspirationen als Lungengymnastik grossen Werth hätten. Dr. Aronsohn erklärt, dass in der B. Fränkel'schen Poliklinik nach Rosenberg's Methode Menthol-Inhalationen gemacht und von den Patienten stundenlang gut vertragen würden. Dr. Heymann empfiehlt als einfachsten Inhalationsapparat eine kleine Spitze (nach Art der Cigarrenspitzen), die den das Medicament tragenden Schwamm oder Watte birgt.

IV. Dr. Lange (Kopenhagen): Zur Operation von Choanalpolypen.

L. demonstrirt zunächst seinen Polypenhaken und zeigt damit operirte Präparate vor. Zur Operation führt er den linken Zeigefinger in den Nasenrachenraum, während der Haken durch die Nase eingeführt wird; er sucht dann mit dem Zeigefinger den Polypenstiel auf die nach unten gerichtete Spitze des Hakens

zu schieben und so durch combinirte Methode die Geschwulst von ihrer Insertion zu trennen. Je nach der Grösse der Polypen entfernt L. dieselben nach vorn durch die Nase oder nach der Lostrennung durch den Nasenrachenraum. Cystische Polypen, deren Flüssigkeit sich oft vor der Entfernung entleert, werden mit der Zange (Gottstein's) nachher herausgeholt. Besondere Blutungen wurden bisher nicht bemerkt. Das Verfahren, die Geschwülste von der Nase oder vom Nasenrachenraum aus mit der Schlinge zu entfernen, hält L. für complicirt, schwierig und dem Patienten wie dem Arzte unangenehm.

In der Discussion sprechen sich zunächst Heymann und Michel für die Anwendung der Schlinge aus, während Flothmann (Ems) für grosse Polypen, zumal für bösartige Geschwülste zur radicalen Beseitigung das chirurgische Verfahren nach König empfiehlt (Spalten der Nase und Anwendung des scharfen Löffels). Reichert (Berlin) hält die Digitaluntersuchung für überflüssig, wenn Rhinoscopia posterior angewandt werden kann und räth zur rhinoscopischen Anwendung der Schneideschlinge (bes. der galvanocaustischen); er verwendet dabei einen Gaumenhaken und zwar mit Vorliebe das nach eigener Angabe verfertigte, aus Spiegel und separatem Haken bestehende Rhinoscop oder das von Krause angegebene Instrument, ohne eines Assistenten zu bedürfen. Tornwaldt (Danzig) findet das Lange'sche Instrument brauchbar, erklärt sich aber für Anwendung der Schlingen und den vom Assistenten zu haltenden Voltolini'schen Gaumenhaken. Auf Anfrage Michel's verneint Lange, gefässreiche, fibröse Polypen mit dem Haken operirt zu haben. Hofmann bemerkt, dass zur Operation weicher Polypen das Lange'sche Instrument entschieden zu empfehlen sei, während er bei harten Fibromen die Anwendung der Glühschlinge befürwortet; er empfiehlt, die Geschwulst vorher durch stumpfes Abhebeln zu stielen und erwähnt, in einem Falle, wo nach 2maliger Oberkieferresection noch Recidive auftraten, mit vorerwähntem Verfahren einen dauernden Erfolg erzielt zu haben. Den Gaumen pflegt H. mit durch Nase und Mund geführten Bändern, die sodann verknüpft werden, vorzuziehen, ein Verfahren, das Krakauer (Berlin) seit 5 Jahren mit Erfolg anwendet und dessen erste Angaben nach Heymann auf Türck zurückzuführen sind. Michel hat bei fibrösen, am Schlunddache breit aufsitzenden Polypen mit Erfolg die Electrolyse angewandt, es war in diesen Fällen unmöglich, eine Schlinge um die Geschwulst zu führen, weil die Nase durch die Neubildungen ganz ausgefüllt war. Meyer-Hüni (Zürich) bemerkt, dass für eine Reihe von Choanalpolypen, die weder für Haken, noch für Schlinge zugänglich seien, die Fingeroperation vom Nasenrachen aus ein Behelf bleibe. Zum Schluss der sehr lebhaften Discussion constatirt Reichert (Berlin), dass eine ganze Reihe von Operationsmethoden zum Ziele führen, doch will er ein solch eingreifendes Verfahren, wie die Oberkieferresection, erst in Frage gezogen wissen, nachdem von einem geübten Rhinoscopiker die eben besprochenen Methoden als unzureichend erkannt sind.

V. Herr Dr. Tornwaldt (Danzig): Ueber die explorative Eröffnung der Kieferhöhle mit Demonstration eines Kieferhöhlen-Trepans.

Die Feststellung der Diagnose: Empyem der Kieferhöhle ist abgesehen von



den Fällen, die durch die sogenannten Schulsymptome gekennzeichnet sind, oft sehr schwierig und nur durch explorative Eröffnung und Ausspülung der Kieferhöhle zu machen. Die Ausspülung durch die natürliche oder accessorische Oeffnung zu machen ist immerhin zu versuchen, doch oft kaum ausführbar. Auch die von Ziem empfohlene Perforation von einer Alveole aus mittelst Drillbohrer ist oft schwierig und mit Gefahr verbunden, ja sie ist oft Ursache einer Eiterung. Das Mikulicz'sche Verfahren ist für explorative Zwecke entschieden zu gewaltsam und wäre da Krause's Trocart eher zu empfehlen. Da bei Anwendung dieses Trocarts in 2 Fällen nicht allein die Wand der Kieferhöhlo, sondern auch die Gesichtswand des Knochens durchbohrt wurde, hat T. den am hinteren Ende der Canüle befindlichen Ring mit platten Vorsprüngen versehen lassen, die eine Fixirung derselben beim Durchbohren und zugleich die Krümmung der Canüle gestatten; ausserdem ist die Kreissegmentform des Trocarts in eine S-Form verwandelt, zum Schutz des vorderen Septum-Endes. Die Canüle wird zunächst mit Obturator eingeführt und erst nach Aufsuchung der geeignetsten Perforationsstelle der letztere durch den Stachel ersetzt. Bei der Nachbehandlung und regelmässigen Durchspülung stört jedoch die Neigung der Wundränder (die nach der Kieferhöhle hin eingebogen sind), an ihre frühere Stelle zurückzukehren, wodurch die Oeffnung sich schnell verkleinert.

T. hat daher ein neues Instrument construirt, das im Wesentlichen dem Braun'schen Röhren-Perforatorium für geburtshülfliche Zwecke nachgebildet ist. Durch Anbringung einer Trepankrone, die mit einer zu spannenden Uhrfeder in Verbindung ist, ist es möglich, mit dem Instrument eine Scheibe der Kieferwand von ca. 3 Mm. Durchmesser im Bruchtheil einer Secunde herauszuschneiden. Statt der Uhrfeder bedient sich T. in letzter Zeit einer Kurbel als Triebkraft. Die so erzielte Daueröffnung ermöglicht bequeme und schmerzlose Ausspülung.

In der Discussion erwähnt Michel, dass mit Eiterung der Highmorshöhle häufig Schwellung der Tubenmündung und Schwerhörigkeit verbunden sei. Hopmann empfiehlt zur Feststellung der Diagnose Einlegen von Wattestreifen in die mittleren Nasengänge; für die explorative Eröffnung das Eindringen mittelst dünnen Trocarts durch eine Alveole. Scheff sah häufig accessorische Oeffnungen bei Schädeldurchschnitten und empfiehlt gegenüber Tornwaldt das Eindringen vom mittleren Nasengange aus. Thost spricht sich für die immer in Narcose vorzunehmende Mikulicz'sche Operation aus, wodurch allein eine genügend weite Oeffnung erzielt werde.

Dritte Sitzung: Freitag, den 21. September, 10 Uhr Vormittags.

Vorsitzender: Herr Dr. Lange (Kopenhagen).

I. Herr Dr. Heymann (Berlin): a) Melanotisches Sarcom der Nase.

Patient, 58 Jahre alt, kräftig, litt seit einer Reihe von Jahren an Nasenpolypen der linken Seite, die trotz mehrfacher Operationen recidivirten. Vor ca. 1 Jahr kam derselbe in H.'s Behandlung. Die Nase erschien halbkugelig aufgetrieben und es zeigte sich das linke Nasenloch durch einen Tumor verstopft, welcher hart und rauh, von schmutzig grauschwarzer Farbe, eine etwas exulcerirte Oberfläche zeigte. Derselbe war mit breiter Basis am Septum angeheftet

und wurde mit der Glühschlinge entfernt. Nachbehandlung: Galvanocaustik; Jodoform. Seit 14 Monaten kein Recidiv. Der Tumor hatte Wallnussgrösse; die mikroscopische Untersuchung ergab: Melanotisches Alveolarsarcom von unregelmässiger Structur und Pigmentirung.

b) Perilaryngeales Carcinom.

Die Patientin, 25jährige Frau, litt seit ca. 2 Jahren an ständig zunehmenden Halsschmerzen und Schlingbeschwerden, verbunden mitHusten und zuweilen blutigem Auswurf. Die laryngoscopische Untersuchung ergab einen unregelmässig geformten, die Aryknorpel verdickenden Tumor, der, da die Stimmbänder sich frei und leicht bewegten, an der hinteren Wand ansitzen musste. Nachdem Jodkali ohne Erfolg gegeben, wurde von Prof. Gluck die Exstirpation vorgenommen (Pharyngotomia subhyoidea nach 3 Tage vorher gemachter Tracheotomie). Die exstirpirten Tumoren waren zusammen etwa von Apfelgrösse und ergab die mikroscopische Untersuchung Carcinom. Patientin starb $4^1/_2$ Wochen nach der Operation an Inanition.

Die mikroscopischen Präparate beider Fälle wurden demonstrirt.

Discussion: Meyer-Hüni beobachtete ähnlichen Fall von Carcinom an gleicher Stelle, das beinahe gestielt aufsass. $^3/_4$ Jahr nach der Operation trat Recidiv und Tod ein. Reichert erwähnt 2 Fälle von Sarcom in der hinteren Region der Nase, die beide von ihm zur Heilung gebracht wurden.

II. Herr Dr. Jacoby (Magdeburg): Demonstration einer Zange zur Entfernung adenoider Vegetationen, sowie einer solchen mit Gaumendecker.

Die vorgelegte Ringmesserzange ist eine Combination des Lange'schen Ringmessers und der Michael'schen Zange; diese beiden Instrumente sind nach J.'s Ansicht deshalb nicht immer empfehlenswerth, weil ihre Anwendung dem Patienten oft grosse Schmerzen bereitet und man selten mit einer Sitzung ausreicht. J. hat an seiner Zange grosse Fenster angebracht, so dass die Löffel derselben zwei an der inneren Seite geschliffenen Ringmessern gleichen. Der an der zweiten Zange J.'s angebrachte Gaumendecker hat den Zweck, das Einklemmen des Gaumensegels bei der Operation zu hindern.

Discussion: Hopmann erreichte mit der von ihm selbst angegebenen Zange stets vollkommene Entfernung der Vegetationen in einer Sitzung (bei Kindern unter Anwendung der Narkose). Das Gottstein'sche Messer hält er für empfehlenswerth, doch reicht es für die seitlichen in den Recessus befindlichen und die am oberen Rand der Choanen sitzenden Wucherungen oft nicht aus. Auch Thost spricht sich für Anwendung des Gottstein'schen Messers aus (bei Kindern in Narkose). Bloch wendet am liebsten die Lange'sche Curette an. Adenoide Vegetationen kommen in seiner Gegend (Baden) oft vor. Aronsohn erwähnt, dass bei B. Fränkel (Berlin) meist das Gottstein'sche Messer angewendet werde. Auch Schmithuisen spricht sich für das Gottstein'sche Messer aus. Zurückbleibende Reste entfernt er mit der Schlinge von der Nase aus. Heymann regt, nachdem er auch die Anwendung des Gottstein'schen Messers empfohlen, die Frage an, ob sich über locale Verbreitung der adenoiden Vegetationen Sicheres nachweisen lasse. Er beobachtet in seiner Poliklinik unter

60 Patienten täglich ca. 10 Fälle. Krakauer spricht sich zu Gunsten des Trautmann'schen Löffels aus, zur Entfernung der Vegetationen von den Seitenwänden wendet er den Woakes'schen Löffel oder den Finger an. Betreff der Narkose schliesst er sich Hopmann an. Michel bemerkt, dass die Vegetationen oft übersehen werden. Er empfiehlt die Anwendung der Schlinge und warnt vor Operationen in einer Sitzung, weil oft Mittelohreiterungen dadurch veranlasst würden. Scheff vertritt die Ansicht, dass in Wien adenoide Vegetationen verhältnissmässig selten vorkommen. Thost bestätigt dies und erwähnt die häufige Beobachtung derselben an der norddeutschen Küste (bei Hamburg), wo das feuchte rauhe Klima besonders dazu disponire, vielleicht auch Race, Vererbung und Schädelform.

Zum Schluss der Discussion sprechen Hopmann und Flothmann sich nochmals für, Michel gegen die Anwendung der Narkose bei Operation adenoider Vegetationen aus.

Vierte Sitzung: Freitag, den 21. September, 3 Uhr Nachmittags.

Vorsitzender: Herr Dr. Meyer-Hüni (Zürich).

I. Herr Dr. Hopmann: „Bemerkungen über intra- und extralaryngeales Verfahren bei der Operation multipler Papillome der Kinder.“

H. stellt zunächst einen von ihm wegen Papillome des Larynx behandelten jungen Mann vor. Zur endolaryngealen Operation konnte erst nach Entfernung von Mandeln und adenoiden Tumoren des Rachengewölbes geschritten werden. Es fand sich der Kehlkopf fast ganz mit blumenkohlartigen Gewächsen ausgefüllt, wodurch Aphonie, Stridor und nächtliche Erstickungsanfälle bedingt waren. Da wegen der localen Erregbarkeit des Pat. radicale Entfernung der Papillome auf endolaryngealem Wege unmöglich war, machte H. die Laryngofissur und entfernte die Geschwülste. Trotz energischer Cauterisirung mit Höllenstein trat nach $^1/_2$ Jahre Recidiv auf, was die Wiederholung der Operation bedingte. Die Heilung verlief stets reactionslos. Die Stimme des Pat. ist zur Zeit (ca. 2 Jahre nach der Operation) fast vollkommen klar, die Stimmbänder sind am vorderen Winkel zu einer sichelförmig ausgeschweiften Membran verwachsen, so dass nur etwa $^4/_5$ der Bandlänge an den Schwingungen Theil nehmen kann.

Bei mehreren ähnlichen Fällen erzielte H. durch Thyreofissur ähnliche Resultate; er führte diese Operation bis jetzt bei 17 Patienten 21 Mal aus. Bis auf 1 Fall (Thyreofissur und theilweise Resection des Schildknorpels wegen Carcinom: Tod durch Schluckpneumonie), überstanden sämmtliche Patienten die Operation gut. H. vertritt daher die Ansicht bei diffusen Papillomen der Kinder (bis zu 13 Jahren) sei die extralaryngeale Operation vorzuziehen. Wenn gründlich alle Papillome entfernt werden, so ist die Recidivgefahr nicht gross, ob man nun intra- oder extra-laryngeal operirt, doch ist gründliche Entfernung derselben auf letzterem Wege sicherer. P. Bruns' Ansicht, die Thyreotomie gefährde in hohem Grade die Stimme, kann H. nach seinen bisher erzielten Resultaten nicht theilen und glaubt, dass die pessimistischen Anschauungen Oertel's, Burow's und Gottstein's über die Recidivfähigkeit der Papillome bald aussichtsvolleren das

Feld räumen würden, wenn die multiplen Papillome der Kinder mehr durch Thyreofissur entfernt würden.

Zum Schluss des Vortrags demonstrirte H. eine Reihe von Präparaten:

a) Schleimpolypen (weiche Fibrome), die bis in den Kehlkopfrachenraum gewuchert und durch einen Suffocationsanfall in die Mundhöhle gerathen waren. Der unterste Abschnitt des Polypenconvolutes lag platt auf der Zunge und reichte bis zu den Zähnen. Die Polypen wurden mit Schlinge etc. entfernt und haben ein Gesammtgewicht von 84,5 Grm.

b) Ein schmalgestielter Nasenrachenschleimpolyp, der bis hinter das Velum herunterhing und nach Niederdrücken der Zunge gesehen werden konnte; derselbe wurde mittelst der kalten Schlinge durch Abzerren entfernt.

c) Hartes Fibrosarkom (5,5 Ctm. lang, 3 breit), welches als pendelnder Polyp breitbasig vom linken hinteren Gaumenbogen ausging, heftige Erstickungsanfälle verursachte und zuweilen zwischen die Zähne gerieth; er reichte nach unten bis an den Sinus pyriformis und wurde auch mit der kalten Schlinge entfernt.

II. Herr Dr. Michel (Köln): „Ueber Stimmstörungen."

Die Unzulänglichkeit der Stimme bei berufsmässigen Sängern hängt oft von minimalen Veränderungen in der Kehle ab. Bei einem von M. beobachteten Fall war dieselbe bedingt durch eine umschriebene kleine Schleimhautverdickung an der hinteren Kehlkopfwand. Die Entfernung der Verdickung wurde nicht zugegeben und ist der betr. Sänger, nachdem er von einer Reihe von anderen Specialisten behandelt wurde, heute, nach 2 Jahren, noch nicht wieder im Besitze seiner Stimme. Daher ist Vorsicht in der Prognose zu rathen. Sänger erleiden, wenn sie mit mehr oder weniger kranker Stimme singen, fast stets einen irreparablen Verlust an Metall, Schmelz, Klangfülle und Ausdauer. Für die Erhaltung der Stimme ist wichtig, dass in den Tagen der Fülle und Kraft mit ihr hausgehalten wird und dass die zu singenden Partien dem Stimmcharakter, der schon bei der Ausbildung genau festzuhalten ist, angemessen sind; auch der Tonansatz ist zu beachten. Chronischer Rachencatarrh, Schwellung der Gaumen- und Rachenmandeln, Verwachsung grosser Mandeln mit dem Gaumensegel beeinflussen Stimmbildung und -Entfaltung schädlich. Alle diese Affectionen hindern im hohen Grade die freie Beweglichkeit des Gaumensegels; besonders die Verwachsungen der Mandeln mit dem Gaumenbogen (durch kurze Stränge) sind zu beachten und mit galvanokaustischem Brennen (während der Tonangabe, da sie erst beim Anschlagen eines Tones mit dem hinteren Gaumenbogen hervortreten) zu durchtrennen. Diese Hebungsstörungen hindern das Halten hoher Töne, event. sogar das Schliessen der knorpeligen Stimmritze, das in mehreren von M. behandelten Fällen durch Durchtrennung obiger Verwachsungen wiederhergestellt wurde (in einem Falle von hysterischer Aphonie). M. constatirte bei mehreren Sängern nach vorerwähnter Operation einen Gewinn in Bezug auf Höhe sowie Verminderung des Tremolirens. Die Rückwirkung des Gaumensegels auf die Stimmbänder erklärt M. damit, dass der M. thyreopalatinus als Theil des Pharyngo-Palatinus gehemmt sei, wodurch die „Hebelbewegung des Schildknorpels" (Rossbach) und dadurch die Längsspannung der Stimmbänder gehindert werde.

Zur Gymnastik des Gaumens und Beseitigung des falschen Tonansatzes empfiehlt M. eine Reihe von Sprechübungen (Stopfensprechen etc.) und macht zum Schluss darauf aufmerksam, wie wichtig derartige Uebungen für Kinder seien, sowohl um sie auf ihren späteren Beruf als Lehrer, Officier, Redner, Künstler etc. vorzubereiten, als auch um im Allgemeinen die Schönheit unserer Sprache mehr zu pflegen und zu offenbaren.

(Der Vortrag wurde mit überaus lebhaftem Beifall aufgenommen.)

III. Herr Dr. Kahsnitz (Karlsruhe): „Ueber Kehlkopfpinsel" (mit Demonstrationen).

Durch die Unzulänglichkeit der Haarpinsel veranlasst, hat K. ein Instrument construirt, mit dem er sich zum jedesmaligen Gebrauch einen frischen Pinsel formiren kann. Dasselbe besteht im Princip aus einem Handgriff, einer daran befestigten Metallröhre mit ovaler Mündung und einem durchlaufenden Draht, der vorn zu einer Schlinge formirt ist. In letztere wird zu jedesmaligem Gebrauch ein frischer Wattestreifen gelegt. Da es auch mit diesem Instrumente oft nicht vermieden werden konnte, dass andere Theile als der Kehlkopf mit dem für letzteren bestimmten Medicament benetzt werden, construirte K. einen zweiten complicirteren Apparat, mit dem er den Pinsel gedeckt einführen kann. Eine am Apparat angebrachte kleine Spritze ermöglicht es den Pinsel (Watte oder Schwamm) erst nach der Einführung desselben in den Kehlkopf mit dem betr. Medicament zu benetzten. — (Die Instrumente sind vom Instrumentenmacher Alb. Kohm in Karlsruhe verfertigt.)

Discussion fand nicht statt.

Zum Schluss der Sitzung sprach der Vorsitzende Herr Dr. Meyer-Hüni im Namen der Section den mit der Geschäftsführung der Verhandlungen betrauten Herren Dr. Michel, Dr. Hopmann und Dr. Moses den Dank für ihre Bemühungen aus.

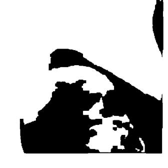
S. MOSES (Köln),
Schriftführer der Section.

IV. Briefkasten.

Personalia.

Zu unserem lebhaften Bedauern ist Dr. Garrod, dessen genaue und klare Berichte die Leser des Centralblatts im Laufe der letzten beiden Jahre schätzen gelernt haben werden, durch Zunahme anderweitiger Pflichten gezwungen, aus dem Kreise der ständigen Mitarbeiter auszuscheiden. Wir sagen ihm für seine regelmässige, gewissenhafte und erfolgreiche Thätigkeit herzlichen Dank. Seine Pflichten sind von Dr. R. Mackenzie Johnston (Edinburgh), dessen Name unseren Lesern kein unbekannter ist, übernommen worden.

Die Herren Massei (Neapel) und Pieniaczek (Krakau) sind zu ausserordentlichen Professoren der Laryngologie ernannt worden.



— 8 —

... Association.

... gemacht:

... Liste ursprünglicher Mitglieder der ... Association bekannt geben, welche von ...:

W. L. H. Stewart,
Spencer Watson,
Thomas Whipham,
W. Mc Neill Whistler,
Edward Woakes,

... ergebenster
Richard A. Hayes, M. D.,
Sekretär der B. L. and Rh. A.

... Otologie und Laryngologie.

... Pariser Weltausstellung soll ... und Laryngologie tagen. Zum ... Vicepräsidenten die Herren Ladreit de ... Dr. Loewenberg gewählt.

... Nummer.

... der Patient, dessen Fall auf ... also 1 Jahr und 9 Monate ... die Katastrophe erfolgte völlig ... 1887 öfters Blut gespuckt ... Todestage den ... stündigen Weg ... Blutung, die in wenigen Minuten ... zusammenhing, konnte bei ...

... Jahresversammlung der British
... bis 2. August 1889).

... (London).
... Hall (London).
... (Dublin).
... (London),
... (Bristol).

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang V. Berlin, Februar. 1889. No. 8.

I. Die Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopf-Geschwülste in bösartige, speciell nach intralaryngealen Operationen.

Ergebnisse der Sammelforschung.

(Fortsetzung.)

VI. Sonstige differentialdiagnostische Anhaltspunkte (Alter, Heredität, Schmerz, Druckempfindlichkeit, Lymphdrüsenschwellung, Heiserkeit, Dyspnoë, Dysphagie, vermehrte Schleimabsonderung).

Gegenüber der Wichtigkeit der laryngoskopischen Untersuchung in bei weitem erster, der eventuellen mikroskopischen Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente in zweiter Stelle nehmen alle sonstigen differentialdiagnostischen Anhaltspunkte — allenfalls mit Ausnahme des Alters des Patienten — in den frühen Stadien zweifelhafter Fälle nur einen sehr bescheidenen Rang ein, und dürfen ausserdem theilweise nur mit grosser Vorsicht verwerthet werden. Denn nichts führt leichter zu Irrthümern, als sich in solchen Fällen, in welchen der objective Befund zur sicheren Stellung der Diagnose nicht ausreicht, auf subjective Angaben der Patienten selbst zu verlassen, wie sie in Antworten auf Fragen hinsichtlich etwaigen Schmerzes, Druckempfindlichkeit, Kurzathmigkeit, Schlingbeschwerden etc. ihren Ausdruck finden. Andererseits aber dürfen diese Punkte natürlich nicht vernachlässigt werden, und aus diesem Grunde mögen folgende Bemerkungen über dieselben hier eine Stelle finden.

1. Alter. Der werthvollste differentialdiagnostische Anhalt (immer abgesehen natürlich von der laryngoskopischen, reps. mikroskopischen Diagnose) von allen genannten Punkten wird durch das Alter des Kranken gegeben. Es ist freilich richtig, dass gutartige Kehlkopfgeschwülste zu irgend einer



Periode des menschlichen Lebens von der intrauterinen[1]) Existenz an bis zum hohen Greisenalter[2]) entstehen können, während andererseits bösartige Kehlkopfgeschwülste bereits zur Zeit frühen Kindesalters beobachtet worden sind[3]); im Allgemeinen aber wird man nicht fehlgehen, wenn man in Fällen, in welchen die Anamnese, resp. eigene oder verlässliche fremde, frühere Untersuchung auf die Entstehung des Leidens nach dem 35. Lebensjahre hinweist, an die Möglichkeit, in Fällen, in welchen die Krankengeschichte die Entstehung des Leidens nach dem 50. Lebensjahre etablirt, an die grössere Wahrscheinlichkeit der Bösartigkeit der vorliegenden Kehlkopfgeschwulst denkt. Denn wenn auch, wie eben erwähnt, gutartige Kehlkopfgeschwülste zu jeder Lebensperiode entstehen können, so lehrt doch die Erfahrung, dass es hauptsächlich die erste Lebenshälfte, von der Geburt bis zum etwa 40.—50. Jahre, ist, in welcher gutartige Kehlkopfneoplasmen zu entstehen pflegen, während umgekehrt, obwohl die erste Lebenshälfte durchaus keine Immunität gegen bösartige Kehlkopfgeschwülste besitzt, die ungeheure Majorität letzterer erst nach dem 45.—50. Lebensjahre zu entstehen pflegt.

Absichtlich ist auf das Wort „entstehen" in diesen Ausführungen grosser Nachdruck gelegt worden, denn es handelt sich für die Differentialdiagnose nicht so sehr um das Alter, in welchem der Kranke zur Beobachtung kommt, als um dasjenige, in welchem das Leiden, so weit zu ermitteln, entstanden ist. Nicht eben selten suchen Patienten, wenn sie sonst keine Beschwerden haben, erst nach vieljähriger Heiserkeit den Arzt auf, und die blosse Entdeckung einer Kehlkopfgeschwulst unter solchen Umständen bei einem etwa 50jährigen Patienten wird natürlich weniger ernste Befürchtungen erregen, als wenn die Anamnese auf eine ganz neuerliche Entstehung derselben hinweist.

Die grössten Schwierigkeiten in der Altersfrage wird selbstverständlich die Decade zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr bieten, welche gewissermassen gutartigen und bösartigen Kehlkopfgeschwülsten gemeinsam ist. Aber auch bei in früheren wie in späteren Lebensperioden zur Beobachtung kommenden Geschwülsten vergesse man nicht, dass das Alter des Kranken, wenn es auch einen sehr werthvollen differentialdiagnostischen Anhaltspunkt bietet, nie Anspruch auf absolute Zuverlässigkeit in diagnostischer Beziehung machen kann[4])!

2. Heredität. Die Frage der Heredität beim Kehlkopfkrebs ist als eine noch durchaus offene zu bezeichnen. Sie findet sich kaum irgendwo erwähnt, dürfte aber weiteres Studium verdienen. Unter den 56 Fällen des Herausgebers

[1]) Vgl. Arthur Edis, „Transactions of the Obstetrical Society". Vol. XVIII. p. 2.

[2]) Vgl. Morell Mackenzie, Krankheiten des Halses und der Nase". Vol. I. Deutsche Ausgabe. p. 409.

[3]) Vgl. Rehn, „Virchow's Archiv", Bd. 43, S. 129; v. Ziemssen, „Spec. Pathologie und Therapie", IV., p. 400. 1876.

[4]) Der Herausgeber hat niemals eine gutartige Kehlkopfgeschwulst gesehen, die nach dem 45. Lebensjahre entstanden wäre. Von seinen 56 tabellirten Kehlkopfkrebsfällen (vgl. Tabelle, No. 98) hatten in 55 die Kranken beim Beginne des Leidens das 45. Lebensjahr überschritten; in 1 aber begann das Leiden mit aller Bestimmtheit im 26. Lebensjahre.

war einmal der Vater eines Kranken an einer „bösartigen Geschwulst am Halse“ zu Grunde gegangen, einmal zwei Schwestern einer Patientin an Uterus- resp. Mammacarcinom gestorben. In mehreren anderen Fällen hatten entferntere Familienmitglieder an Krebs gelitten. Derartige Dinge verdienen immerhin Berücksichtigung, wenn ihnen auch selbstverständlich keine übertriebene oder gar ausschlaggebende Bedeutung beigelegt werden darf.

[Es mag hier erwähnt werden, dass das Geschlecht der Leidenden keinen differentialdiagnostischen Anhaltspunkt bietet, da sowohl gutartige wie bösartige Kehlkopfneubildungen nach den übereinstimmenden Erfahrungen aller Autoren bei Männern weit häufiger sind, als bei Frauen].

3. Schmerz. — Mit der Frage des Schmerzes in differentialdiagnostischer Beziehung ist es eine eigenthümliche Sache. Erstens einmal kann, wie erst kürzlich im Centralblatt hervorgehoben worden ist (dieser Jahrgang, p. 50), der Schmerz beim Kehlkopfkrebs entweder bis zum Ende ganz fehlen, oder so unbedeutend resp. temporär vorhanden sein, dass er einen der wenigst hervortretenden Züge des Krankheitsbildes darstellt. Man wird also aus dem Mangel des Schmerzes bei einer zweifelhaften Kehlkopfneubildung durchaus nicht den Rückschluss ziehen können, dass dieselbe gutartig sein müsse.

Andererseits ist nun freilich bei bösartigen Kehlkopfneubildungen manchmal schon zu einer sehr frühzeitigen Periode entschiedener Schmerz vorhanden, und zwar wahrscheinlich immer dann, wenn eine der sensiblen Endausbreitungen des inneren Astes des N. laryngeus superior in den pathologischen Process einbezogen wird und vor ihrer Zerstörung einen Reizzustand durchzumachen hat. Dass unter diesen Umständen auch eine Irradiation der Reizung der Laryngeusfasern auf den N. auricularis vagi stattfinden und sich in Ausstrahlung der im Halse vorhandenen Schmerzen in die Tiefe eines oder beider Ohren äussern kann, ist selbstverständlich. Und thatsächlich findet sich, wie v. Ziemssen sehr richtig angiebt [1]), in die Ohren ausstrahlender Schmerz nicht selten schon zu einer frühzeitigen Periode des Kehlkopfkrebses. Aber es muss hier daran erinnert werden, dass 1) ein solcher Schmerz nicht für den Kehlkopfkrebs pathognomonisch ist, sondern bei allen Affectionen vorkommen kann und thatsächlich öfters vorkommt, bei welchen sich Erregungszustände des Nervus laryngeus superior entwickeln können, und dass 2) gelegentlich auch in Fällen von gutartigen Neubildungen von nervösen und ängstlichen Patienten über Sensationen im Halse geklagt wird, die, bald direct als schmerzhaft [2]), bald als mit schmerzhaften Empfindungen nahe verwandt (Fremdkörpergefühl, Irritation etc.) bezeichnet werden. Das Vorhandensein von Schmerz wird daher nur mit grösster Vorsicht für die Differentialdiagnose verwerthet werden dürfen.

Ganz ähnlich steht es mit der:

4. Empfindlichkeit auf Druck. — Es ist unbestreitbar, dass manche an Kehlkopfkrebs leidende Patienten schon in sehr frühen Stadien der Krankheit mit grösster Bestimmtheit angeben, dass die erkrankte Seite bei Druck auf die

[1]) l. c. p. 408.

[2]) Mackenzie, l. c. p. 412.



entsprechende Kehlkopfhälfte empfindlicher ist, als die andere. Aber einerseits giebt es eine ganze Reihe von sonst gesunden Menschen, die einen — zumal in der Nähe der Eintrittsstelle des inneren Astes des N. laryngeus superior in das Kehlkopfinnere — auf den Kehlkopf ausgeübten Druck als direct schmerzhaft empfinden; andererseits sieht man so oft bei Fällen sicher festgestellten einseitigen Krebses, dass die Patienten selbst zweifelhaft sind, an welcher Seite sie äusseren Druck mehr verspüren, dass auch von diesem Anhaltspunkt nur ein sehr vorsichtiger Gebrauch gemacht werden darf.

5. Lymphdrüsenschwellungen haben kaum irgend welchen Werth für die frühzeitige Differentialdiagnose zwischen gutartigen und bösartigen Kehlkopfneubildungen. Abgesehen davon, dass sie selbst bei letzteren bis zum Lebensende völlig fehlen können, wie jetzt wohl allseitig zugestanden wird, kommen sie beim echten internen Kehlkopfkrebs gewöhnlich erst sehr spät[1]), d. h. zu einer Periode zur Beobachtung, in welcher differentialdiagnostische Zweifel darüber, ob die Neubildung eine gutartige sei, kaum mehr gehegt werden können. Ausserdem ist nicht zu vergessen, dass man selbst in Fällen unzweifelhaften Kehlkopf- (und auch Nasen-) Krebses durchaus nicht berechtigt ist, jede etwa am Halse vorhandene Lymphdrüsenschwellung ohne weiteres als Resultat carcinomatöser Infection aufzufassen! — Es kommt in solchen Fällen bisweilen in Folge unbedeutender acuter Complicationen (Angina, Tonsillitis etc.) zu einer sehr bedeutenden Schwellung der unter den Sterno-cleido-mastoidei gelegenen Drüsen, die nach Ablauf der intercurrenten Affection wieder vollständig verschwinden kann[2]). Da diese Drüsen aber gerade diejenigen sind, in welchen sich wirkliche Metastasen des Kehlkopfkrebses zuerst zu manifestiren pflegen. so ist für den Beobachter, der den Kranken zufällig zum ersten Male gerade zur Zeit der acuten Complication, resp. kurz nach derselben, zu Gesicht bekommt, eine mögliche Irrthumsquelle gegeben.

6. Heiserkeit wird selbstverständlich bei gutartigen ebenso wie bei bösartigen Kehlkopfgeschwülsten zur Beobachtung kommen, wenn die Neubildung die freie Beweglichkeit, resp. Schwingungsfähigkeit der Stimmbänder beeinträchtigt. Es ist bereits erwähnt worden (vgl. S. 201), dass, den Beobachtungen des Herausgebers zufolge, Stimmbandkrebse zu irgend einer Periode ihres Bestehens ein verhältnissmässig grösseres Maass von Heiserkeit, resp. Aphonie zu verursachen scheinen, als entsprechend grosse, ebenso situirte Neubildungen gutartiger Natur, und dass er dies durch die bereits bestehende, wenn auch noch nicht in die Erscheinung tretende Infiltration des Mutterbodens erklären möchte. Indessen muss, wie ebendaselbst hervorgehoben worden ist, die Bestätigung dieser Angabe — von der auch Ausnahmen vorzukommen scheinen — der Prüfung anderer Beobachter vorbehalten bleiben.

---

[1]) Ueber die Gründe hierfür vgl. Semon, „Brit. Med. Journal", 1880, I, 281 und „Pathol. Transactions", Vol. XXXI, 55; Krishaber, „Gaz. Hebd., 1879, 540; Butlin, „Malignant Disease of the Larynx", p. 44 et seq.

[2]) Vgl. die im nächsten Bande der Transactions of the Clinical Society erfolgende Beschreibung des im Leitartikel der December-Nummer 1888, p. 284, 285 erwähnten, mittlerweile (am 11. Januar 1889) vor der Clinical Society of London demonstrirten Falles des Herausgebers.



7. Dyspnoë wird wohl nur in den seltensten Fällen als differentialdiagnostischer Anhaltspunkt verwerthet werden können. Sie fehlt bei bösartigen, wie bei gutartigen Neubildungen, so lange beide das Lumen des Kehlkopfs nicht in ausgiebigerem Maasse beeinträchtigen, und ist bei beiden vorhanden, wenn sie dies thun. In einem vereinzelten Falle hat der Herausgeber in einem frühen Stadium eines Stimmbandkrebses wiederholte, sehr bedrohliche Kehlkopfkrämpfe beobachtet. Die ödematöse Schwellung der Umgebung, welche bei bösartigen Neubildungen so oft zur Beobachtung kommt und welche die Kurzathmigkeit verstärken kann, tritt fast immer erst in Stadien auf, in welchen die Differentialdiagnose zwischen Gutartigkeit und Bösartigkeit nicht länger zweifelhaft ist. Auch darf die Möglichkeit einer Complication einer gutartigen Kehlkopfneubildung mit acuter Laryngitis und starker, vielleicht ödematöser Schwellung der Umgebung, bei welcher ein ähnliches Bild und Zunahme der Dyspnoë zu Stande kommen kann, nicht ausser Augen gelassen werden.

8. Dysphagie. — Dies Symptom kann beiden Classen von Kehlkopfneubildungen gemeinsam sein, wenn dieselben an der Epiglottis sitzen und eine bestimmte Grösse erreicht haben. Von einer Verwechselung des Epiglottiskrebses mit einer gutartigen Neubildung dieses Theils aber wird, wie schon erwähnt (vgl. p. 191) und wie durch die Erfahrung bewiesen (vgl. p. 197) nur in den allerseltensten Fällen die Rede sein können. Andererseits mag bei kleinen internen Kehlkopfkrebsen durch Reizung des Laryngeus superior und Irradiation Schlingschmerz zu Stande kommen, und in seltenen Fällen wird thatsächlich über solchen schon zu einer frühen Periode geklagt. Aber auch dieses Symptom ist für die Differentialdiagnose nur sehr vorsichtig zu verwerthen: Der Herausgeber hat selbst zwei Fälle unzweifelhaft gutartiger Kehlkopfgeschwülste beobachtet, in welchen es neben der Klage über Heiserkeit die über Schlingbeschwerden war, die die Patienten zu ihm führte. In einem derselben verschwanden die Beschwerden nach der Exstirpation der Neubildung (eines kleinen Fibroms am Stimmbandrande) völlig; im anderen (dem p. 307 erwähnten) kommt die Patientin noch jetzt — fast zwei Jahre nach der letzten Exstirpation und ohne irgend welche sichtbaren Veränderungen im Kehlkopf — gelegentlich mit der Klage über zeitweilig vorhandene Schwierigkeiten und Schmerzen beim Schlingen.

9. Vermehrte Schleimabsonderung. — In manchen Fällen von internem Kehlkopfkrebs bildet bereits vor der Ulcerationsperiode die Klage über vermehrte Absonderung von Schleim einen der Gründe, welche den Patienten zum Arzt führen, während umgekehrt bei gutartigen Neubildungen öfters trockener Husten und Räuspern mit dem Wunsch nach Expectoration etc. vorhanden ist. Aber auch diese Differenz ist zu inconstant, als dass man in ihr ein verlässliches differentialdiagnostisches Moment erblicken könnte.

Aus dem Vorstehenden dürfte sich die allgemeine Regel ziehen lassen, dass die sämmtlichen in diesem Capitel genannten Anhaltspunkte nicht auf unbedingte Zuverlässigkeit Anspruch machen können, sondern nur mit grösster Reserve für die Differentialdiagnose verwerthet werden dürfen.

(Fortsetzung folgt.)



II. Referate.

a. Aeusserer Hals.

1) **T. P. Berens. Angiom der Thymusdrüse. (Angioma of the thymus gland.)** *Philadelphia Med. News. 4. April 1888.*

Obductionsbericht über einen interessanten und ungewöhnlichen Fall bei einem 63jährigen Patienten:

Ausgedehnter, hypertrophischer Naevus der Unterlippe; einfacher Naevus der Haut, Kinn, rechte Seite des Gesichts und rechtes Ohr bedeckend; Ausbreitung nach abwärts zum Sternum; weitere Ausbreitung desselben und allmäliger Uebergang in die normale Haut zu beiden Seiten der Brust. Die Zunge ist sehr geschwollen und zeigt sich in einem angiomatösen (cavernösen) Zustande. Unmittelbar unter derselben befindet sich ein brustwarzenähnlicher Fortsatz von 3 Ctm. Länge und 3 Ctm. an der Basis; derselbe scheint von der Zunge oberhalb des Frenulums auszugehen und hängt über demselben. Es ist das gleichfalls ein Naevus. Bei Wegnahme des Sternums sieht man im vorderen Mediastinum einen dichten Venenplexus, welcher das Fettgewebe durchdringt und sich eine kleine Strecke in den Hals hinein erstreckt. Er bildet einen naevoiden Tumor, welcher über dem Arcus aortae die Wurzeln der grossen Halsgefässe und die Trachea aufwärts bis zur Schilddrüse bedeckt. Wenn man diese Masse trennt, so sieht man, dass sie aus zwei gesonderten Theilen besteht und eine stark vergrösserte Thymusdrüse darstellt. Die Drüse ist in eine Kapsel gehüllt, unter welcher einige grosse Venen hervortreten; beim Durchschneiden erscheint die ganze Drüse wie ein festes Angiom; ein Venenplexus umgiebt dicht die Adventitia der Aorta. — Die Schilddrüse ist nicht vergrössert.

LEFFERTS.

2) **Luc. Angina Ludovici. (Angine de Ludwig.)** *Thèse de Paris. 1887.*

Nicht zu beschaffen.

R. J. MOURE.

3) **Alexander Patterson** (Glasgow). **Tumor der Parotis. (Parotid tumour.)** *Glasgow Med. Journal. April 1888.*

Geschichte eines Falles, bei dem der Tumor zwar langsam wuchs, jedoch vor seiner Exstirpation das Gewicht von 1 Pfd. 5 Unzen erreicht hatte. Die Details der Operation werden nicht angegeben. Der Tumor erwies sich als ein Myxosarcom. P. glaubt, dass alle Parotistumoren anfänglich einfach adenoider Natur seien, und dass sie später sich in Myxome und Sarcome verwandeln.

M'BRIDE.

4) **V. Gianni** (Genua). **Seltene Anomalie der Carotis externa. (Di una rara anomalia della carotide esterna.)** *La Rivista an. VII. Mai 1888.*

Bei der Autopsie eines 51jährigen Mannes fand G. die Carotis externa dextra nebst ihren Endzweigen im Niveau des Kieferwinkels. Die Carotis externa giebt die Thyreoidea superior, die Occipitalis und Lingualis ab. Der Facialiszweig

ommt von der Maxillaris interna und der Auricularis posterior von der Tempo-
·alis superficialis. Die Bifurcationszweige der Carotis externa gehen beide in die Parotisgrube. Die Temporalis superficialis nimmt ihren gewöhnlichen Lauf. Die Maxillaris interna, ungefähr an der Mitte der inneren Fläche des aufsteigenden Astes des Unterkiefers angelangt, steigt senkrecht hinter denselben und nimmt, achdem sie sich dem Condylus bis auf 1 Ctm. genähert hat, ihre normale Richung wieder auf. In diesem Fall ist die rechte Carotis externa ca. 25 Mm. lang.

F. CARDONE.

A. d'Antona (Neapel). **Varix aneurysmaticus zwischen der Carotis externa und der Jugularis. (Varice aneurismatica tra la carotide esterna e la giugulare.)** *Morgagni. p. 2. 5. Mai 1888.*

Es handelt sich um einen Patienten, der vor 10 Jahren am linken Unter-
·terwinkel verwundet wurde und schnell genas. Nach einigen Jahren traten ··terale Circulationsstörungen auf und ein Jahr darauf eine kleine pulsirende ·wellung in situ und weitere Circulationsstörungen im Gesicht etc., ferner ·sames Wachsen des Tumors mit allen Zeichen eines Varix aneurysmaticus. ·ation: Ligatur, Heilung.

Es ist dies der zweite Fall dieser Art und der erste, bei welchem die Ope- · gemacht wurde.

F. CARDONE.

b. Nase und Nasenrachenraum.

F. H. Bosworth. **Die Physiologie der Nase. (The physiology of the nose.)** *·dical News Philadelphia. LIII. 5.*

Die Nase besitzt zweifellos eine dreifache Function: Sie dient dem Geruch, Phonation und der Athmung. Davon ist die letztere ihre grösste und wich-
·te Function. die beiden anderen sind ganz secundärer Natur. In einer (in New York Med. Journ. vom 21. April und 1. Mai 1886 veröffentlichten) Ar- sprach Verf. zuerst bestimmte Ansichten rücksichtlich der respiratorischen ction der Nasenhöhlen aus, Ansichten, die er auch jetzt noch aufrecht erhält. sind dies in Kürze folgende: Jede Athemluft, die die Nasenhöhlen durch-
·zieht und die unteren Wege erreicht, muss mit Feuchtigkeit beladen werden; so würde sie sehr schnell einen verderblichen Einfluss auf die Schleimhaut jenseits gelegenen Luftwege ausüben, indem sie dieselben ihrer Feuchtigkeit raubt und ihren Schleim eindickt. Nun ist die Schleimhaut der Luftwege nicht : besonderen Apparaten für die Secretion von Wasser versehen. Denn die ein-
·en Secretionsapparate, welche sie besitzt, sind die Schleimdrüsen, welche nur ·leim absondern. In der Nasenschleimhaut jedoch finden wir einen Apparat, ·r befähigt ist, dieses Wasser zu liefern, und das ist das sog. erectile Gewebe ·r Nasenmuscheln. Es ist demnach die grosse und wichtige Function der Nasen-
·ölen, den eintretenden Luftstrom so herzurichten, dass er keinen schädlichen Einfluss auf die Schleimhaut der unteren Luftwege ausübt. Diese Ansichten ·ützen sich auf eine vieljährige klinische Beobachtung dieser Membran im ge-
·unden und kranken Zustande.



... ihre Behandlung durch ... ... über einen günstig ver- ... and their treatment ... of a successful case.) *Inter.* ... 1888.

... rhinoscopische Besichtigung ... an Umfang verkleinert war ... Verbiegung des Septums nach der ... Nasenlochs war stark geröthet. — ... zeigte eine Verstopfung, die nach

... Angiom von 3½ Zoll Länge; ... Querdurchmesser 1½ Zoll. Die ... etwas kaffeefarben war, ... Farbe hatten. Die Configuration ... war weich und nachgiebig. ... wie einer Sonde, drückte. Die ... zerreissliche Gewebe. ... entstandene Blutung ...

... unterziehen musste, ... Schlingenecraseur, wurde

... Tumors bestand eine grosse ... Kunstgriffe, zu denen der ... seiner Arbeit beschrie... exstirpirt. Den Be... angiomatöse

LEFFERTS.

... Behandlung der Nasen- und Nasen... ... naso-pharyngeal polypi

... wobei sich der Autor ... Polypen gestielt sind ... vorzuziehen ... Anfassung, ... zur An... der schwächste ... legt hier ... Schlinge, weil sie ... Basis des Tumors ... wäre. Sie ... was eine Annehm... ... Beobachtungen ist die ... Nothwendigkeit der Nach-

I

e

d
n
g
s
m
3
de
Na
di
St
üb
au
ma
Tr
gr
ein
Die

2) I

3)
G

vor
tail
sar
seie

4)
a

neb
die

behandlung irgendwelcher Reste des polypösen Gewebes mit dem Electrokauter oder Chromsäure. Ebenso ausgezeichnete Resultate erhielt er mit dem von Miller empfohlenen Alkoholspray.

Die Beseitigung der Polypen in den Choanen wird gleichfalls besprochen und hier äussert sich der Autor zu Gunsten der Ausreissung gegenüber der Abschneidung. Es werden Präparate demonstrirt, welche die Vorzüge dieser Methode beweisen. Alsdann verwies M'B. auf verschiedene Manipulationen, die er anwandte, um Tumoren der Choanen zu fassen; ausserdem wurde ein Instrument demonstrirt, welches zum Cauterisiren tief hinten gelegener polypöser Fransen diente. M'B. hat demselben den Namen „electrischer Nasenpflug" gegeben, welcher in praktischer Weise seine Wirkung bezeichnet. AUTOREFERAT.

16) **D. S. Campbell. Electrolyse zur Behandlung der Nasen- und Rachenneubildungen. (Electrolysis in the treatment of nasal and pharyngeal neoplasmes.)** *New-York Med. Record. 19. Mai 1888.*

Der Autor hat diese Methode in einer Anzahl von Fällen angewandt und fand, dass sie jeder anderen überlegen ist. LEFFERTS.

17) **J. F. Smith. Ein grosser Polyp der Choanen mit ungewöhnlichen Complicationen. (A large post-nasal polypus with unusual complications.)** *Indiana Med. Journal. April 1888.*

Der Tumor war eine nach hinten gelegene Hypertrophie der mittleren Nasenmuschel und die Complicationen eine starke vordere Hypertrophie auf einer Seite und eine Deviation des knöchernen Septums auf der anderen. Der Tumor wurde zum Theil durch Galvanopunctur zerstört und schliesslich mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt; die vordere Hypertrophie und die Deviation des Septum wurden gleichfalls beseitigt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

18) **A. d'Antona** (Neapel). **Enormes Fibrosarcom der linken Nasenhöhle. (Enorme fibresarcoma della cavità nasale sinistra.)** *Rivista Clin. di Napoli. Febr. 1888.*

Der Titel besagt alles. Exstirpation der Neubildung nach der Gesichtsmethode. Heilung. F. CARDONE.

19) **G. Ficano. Spindelzellensarcom der Nasenscheidewand. (Sarcoma fusiforme del setto nasale.)** *Gazetta degli ospitali. 8. Februar 1888.*

Eine 24jährige Frau wurde nach 3 Monaten von sehr starker Nasenblutung mit Verschluss der Nase etc. befallen. Exstirpation des Tumors, Heilung. Die mikroscopische Untersuchung erklärte die Natur des Tumors. F. CARDONE.

20) **Coupard** (Paris). **Fremdkörper des rechten Nasenlochs. (Corps étranger de la narine droite.)** *Soc. de Méd. pratique. Paris, 15. März 1888.*

Ein Mädchen von $6^1/_2$ Jahren litt, seit sie 17 Monate alt war, an Ozaena; sie athmete schwer, hatte Bronchitis, Palpitationen, Druckgefühl, venöse Erweiterungen an der Nasenwurzel, Abmagerung und Verlangsamung der Sprache. 1886 erklärte ein Arzt das Kind für tuberculös.

Bei der Untersuchung des rechten Nasenlochs constatirt man eine dicke, trockene, schwärzliche Kruste in der Höhe des mittleren Nasengangs. Das linke

Nasenloch ist frei. Mit einer Entenschnabel-Zange wird ein Kleiderknopf, ein sog. „Bouton à queue" von 6 Linien Länge extrahirt.

Unmittelbare Erleichterung.

Einen Monat später sind alle Symptome geschwunden; die venöse Erweiterung existirt nicht mehr. E. J. MOURE.

21) **W. M. Mastin. Die Nasendouche als eine Ursache der Mittelohrerkrankung nebst einem erläuternden Fall. (The postnasal syringe a cause of middle ear disease with an illustrative case.)** *1888.*

Patientin, ein 12jähriges Mädchen, war wegen chronischer Rhinopharyngitis lange Zeit mit der Douche behandelt worden. In der letzen Zeit verursachte dieselbe heftige Schmerzen, und es erfolgte ein Anfall von Otitis media und Ruptur des Trommelfells. Das Trauma wurde durch den direkten Eintritt der Flüssigkeit in die Paukenhöhle hervorgerufen.

Der Spray ist nach M.'s Ansicht die einzig verständige und wirksame Methode für die Reinigung der Nasenhöhle. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

22) **J. M. W. Kitchen. Der Nasentampon. (The intranasal plug.)** *New-York Record. 7. Januar 1888.*

K. wendet den „Nasentampon" zu folgenden Zwecken an: 1. um reichlichere und langanhaltende kleinere Blutungen zu stillen; 2. um Verwachsungen der gegenüberstehenden Flächen bei Nasenoperationen zu verhüten: 3. um Gewebswucherungen während der Heilung zu unterdrücken; 4. als Schiene: 5. um Platz zu gewinnen bei Dilatationen, sei es ohne Operation, sei es in Verbindung mit Bohren, Aetzen und anderen Operationen; 6. um permanente Medication anzuwenden. Er hat diesen Tampon vor vielen Jahren erfunden und seitdem angewendet und hält ihn für das Non plus ultra der Nasentampons. Er besteht aus einem Kern von dünnem Tafelblech, welcher mit einer Scheere in die dem einzelnen Fall entsprechende Grösse und Form geschnitten wird. Alsdann umwindet man ihn mit absorbirender Watte in gewünschter Dicke. gewöhnlich schichtweise aufgelegt. Dies giebt einen Tampon von genügender Steifheit, um fast in jeden Theil der Nasenhöhle eingelegt werden zu können; andrerseits ist er biegsam, elastisch und dünn genug, um eine leichte Einführung desselben zu gestatten. Vor seiner Einführung wird er mit dem zu verwendenden Medicament getränkt, mit Vaselin-bestrichen und dann mit einer Pincette an die gewünschte Stelle gebracht. Er kann daselbst zwei oder drei Tage verbleiben. wenn er vorher antiseptisch präparirt war, und Patient mehrmals täglich reinigende Lösungen mit der Nase aufzieht. Dieser Tampon wird gewöhnlich gut vertragen, obwohl er in den ersten beiden Tagen die Patienten etwas belästigt. Man soll den Patienten nicht gestatten, sich zu weit von event. ärztlicher Hülfe zu entfernen. wenn der Tampon eingeführt ist, da er irgend welchen starken Druck ausüben und die Unbequemlichkeit unerträglich werden kann. Es ist ferner zu vermeiden. dass der Druck so gross wird, dass er ein Geschwür erzeugt. Der Zweck des Tampons ist nur, einen leichten, aber dauernden Druck auszuüben. Da man den Blechkern nach Belieben biegen und formen kann, so kann der Druck an jeder beliebigen Stelle ausgeübt werden. LEFFERTS.

23) **D. H. Goodwillie. Nasenintubation. (Nasal intubation.)** *New-York Med. Journal. 4. Februar 1888.*

Die Röhren sind oval, ihr vorderes Ende so gestaltet, dass es in den Vorhof der Nase passt und die Röhren in der Lage erhält.

Sie haben verschiedene Grössen: $^1/_4$—$^1/_2$″ im Durchmesser, $2^1/_2$—$3^1/_2$″ lang: sie können jedoch jede gewünschte Länge erhalten.

Die Metallröhren können in ihrem Caliber verändert werden, indem man durch dieselben einen Kern von gewünschter Form hindurchführt. Das vordere Ende kann aus weichem Gummi bestehen, da es sich dann wegen seiner Biegsamkeit mehr dem Vorhof der Nase anpasst.

Im Beginn der Behandlung werden die kleineren Röhren angewandt und so lange mit grösseren vertauscht, bis die normale Weite hergestellt oder die Deformität gebessert ist. Alsdann werden, wenn es gewünscht wird, Metallröhren angewandt, da sie eine freiere Respiration gestatten.

Ihre Anwendung geschieht:

1. bei Nasenblutungen,

2. bei inneren und äusseren Nasenbrüchen,

3. bei Deviationen des knorpeligen oder knöchernen Septums, nachdem die nothwendige chirurgische Operation, wie Abschneiden oder Entfernen der Exostose, stattgefunden hat,

4. nach Entfernung des hypertrophischen Muschelgewebes, oder der Polypen, sei es durch den Cauter oder die Schlinge,

5. bei Hypertrophien der Weichtheile ohne Operation, wenn sie lange genug getragen werden, um Absorption zu bewirken.

LEFFERTS.

24) **J. W. Gleitsmann. Eine neue galvanokaustische Schlinge zur Abtragung der hinteren Hypertrophien der Nasenmuscheln. (A new cautery-snare for removal of posterior hypertrophies of the turbinated bones.)** *New-York Med. Record. 17. März 1888.*

Der Griff ist der übliche allgemeine, wie er bei der Fleming'schen galvanocaustischen Batterie angewandt wird. Die mit einer Springfeder versehene Kurbel hält den Draht in Position und gestattet ihn in derselben Weise zu schnüren, wie die kleine Schraube bei der Jarvis'schen Schlinge.

Um die Springkraft und Elasticität der kalten Schlinge zu erhalten, wurde eine Composition von Platin und Iridium ersonnen, welche dieselbe Elasticität darbietet, wie der gewöhnliche Stahldraht und die Auswärtsdrehung der Schlinge beibehält, welche nothwendig ist, um die hintere Hypertrophie zu fassen. Während Platin sich bei jedem Hinderniss biegt, nimmt die Platin-Iridiumschlinge ihre frühere Gestalt wieder ein und krümmt sich, sobald sie die Nase verlässt und in die Nasenrachenhöhle eintritt. Sie braucht nicht mehr Hitze als das Platin, und ist die Hypertrophie einmal gefasst, so kann die Operation ohne Verzug vollendet werden. Die Abtragung des gewucherten Gewebes durch Hitze schützt vor Blutung, und das ganze Verfahren ist für den Patienten weit weniger lästig, weil es kürzere Zeit in Anspruch nimmt, als wenn dieselbe Operation mit dem kalten Draht und der „Jarvis'schen Schlinge" ausgeführt wird.

LEFFERTS.

25) **W. Gruber** (Wien). a) **Ueber Fälle von Theilung des Sinus maxillaris durch ein Septum osseum perfectum in zwei von einander völlig abgeschlossene Sinus maxillares secundarii mit separaten Oeffnungen in den Meatus narium medius.** b) **Ueber Duplicität des Foramen rotundum ossis sphenoidis.** *Virchow's Archiv. CXIII. 3. 1888.*

Die Ueberschrift giebt genau den Inhalt der kurzen anatomischen Mittheilungen an. SEIFERT.

26) **Link** (Lemberg). **Ein Beitrag zur operativen Behandlung des Empyems der Highmorshöhle nach Mikulicz. (Przyczynski kazuistyczne do operacyjnegro leczenia nagromadzenia ropy w jamie Highmora według sposobu Profesora Mikulicza.)** *Przegl. lekarski. No. 5. 1888.*

Verf. hat in 2 Fällen nach Mikulicz mit gutem Resultat operirt und hält die Einwürfe Stoerk's gegen diese Methode für unberechtigt. Er empfiehlt zur Untersuchung der Highmorshöhle die Percussion derselben. die auf folgende Weise vorgenommen wird. Ein fingerlanges, walzenförmiges. plattes Stäbchen wird an den harten Gaumen über dem zweiten Backzahn angedrückt. Percutirt man mit dem Finger das freie Ende des Stäbchens, so erhält man einen hellen Ton. der gedämpft wird, falls die Highmorshöhle mit Flüssigkeit gefüllt wird. Die Verstopfung des entsprechenden Nasenloches hat keinen Einfluss auf den Charakter des Tones. HERYNG.

27) **Elschnig** (Graz). **Ueber Erkrankungen der Stirnhöhlen.** Vortrag mit Demonstration in dem Vereine der Aerzte in Steiermark am 26. März 1888. *Oesterr. ärztl. Vereins-Zeitung. No. 8. 1888.*

Nach kurzen Bemerkungen über die Symptome der Stirnhöhlen-Erkrankungen, speciell des Hydrops antri frontalis, geht E. auf die Besprechung eines solchen von Schnabel beobachteten und von Wölfler operirten Falles über.

In Folge eines Sturzes von einem Baume hatte sich über der rechten Stirnhöhle eine Fistel gebildet, die 3 Jahre zur Heilung brauchte. 5 Jahre später begann sehr langsam und ohne Beschwerden die Schwellung an der Innenwand der rechten Orbita, die endlich den Bulbus stark verdrängte und sein Sehvermögen herabsetzte. Wölfler resecirte ein 4 Qu.-Ctm. grosses Stück der vorderen Sinuswand, entleerte etwa 1/8 Liter gallertiger, zäher Schleimmassen aus der allseitig ausgedehnten Stirnhöhle, tamponirte mit Jodoformgaze und liess die Höhle durch Granulation sich langsam verkleinern. Schon nach einem Monate war die Geschwulst sehr verkleinert, der Bulbus wieder in seine normale Lage zurückgekehrt, und das Sehvermögen bedeutend gebessert. CHIARI.

28) **Duret** und **Lavrand. Hypertrophie der Schleimhaut des Nasenrachenraums. (Hypertrophie de la muqueuse du pharynx nasal.)** Soc. des sc. méd. de Lille. *Journal des sc. méd. de Lille. 3. Februar 1888.*

Es handelt sich um adenoide Vegetationen bei einem 21jährigen jungen Mädchen, welche für eine unbekannte Affection gehalten und mittelst Incision des Gaumensegels operirt worden waren!

[illegible]lats erklärt, dass er die Patientin früher gesehen, und dass sie an [illegible] Vegetationen gelitten habe.

Man darf heutzutage wirklich nicht mehr mit den Symptomen der adenoiden Vegetationen unvertraut sein, und die beschriebene Misshandlung des Gaumensegels mit dem Thermocauter gebe eine Idee davon, zu welchen Unzuträglichkeiten es führt, wenn man die Existenz der Luschka'schen Drüse im Nasenrachenraum nicht kennt! E. J. MOURE.

29) **A. Ricci** (Paris). **Adenoide Tumoren des Pharynx, besonders ihre Folgen und Behandlung. (Dei tumori adenoidi del faringe considerati specialmente sotto il punto di vista delle loro conseguenze e della loro cura.)** *Gaz. Ospitali. 30. Mai, 3. u. 5. Juni 1888.*

R. berichtet kurz Alles, was man bis auf die Jetztzeit über diese Affection weiss. Hierauf giebt er eine Statistik aus der Klinik von Chatellier. Unter 146 an adenoiden Vegetationen leidenden Patienten, welche im Verlauf eines Jahres beobachtet wurden, waren bei 51 Verschluss der Tuba Eustachii und Mittelohrcatarrh, bei 38 chronische purulente Otitis media, bei 15 Sclerose des Mittelohrs, bei 12 Narben des Trommelfells, bei 12 Rhino-pharyngitis, bei 3 Deformitäten des Septum narium, bei 3 hypertrophische Rhinitis, bei 1 Taubstummheit, bei 1 Ozäna, bei 1 Phthisis, bei 1 Coryza, bei 8 respiratorische Symptome etc. — Betreffs der Behandlung giebt er der, mit der Loewenberg'schen, von Woakes modificirten Zange während der Narcose ausgeführten vollständigen Operation den Vorzug. CARDONE.

30) **H. Gradle. Hypertrophie der Pharynxtonsille. (Hypertrophy of the pharyngeal tonsil.)** *Journal Amer. Med. Association. 28. Januar 1888.*

Gr. hat eine mit einer Scheere verbundene Zange erfunden behufs Entfernung des adenoiden Gewebes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

31) **A. J. Howe. Fibroid des Nasenrachenraums. (Naso-pharyngeal fibroid.)** *Eclectic Med. Journal Cincinnati. Januar 1888.*

Bericht über einen Fall, in dem der harte und weiche Gaumen gespalten, der Tumor mit einer Zange gefasst und mit einer Scheere herausgeschnitten wurde. Es gehörte einige Kraft dazu, das feste Gewebe zu spalten. Der Patient verlor fast $4^1/_2$ Liter Blut (!) während der Operation, erholte sich jedoch.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

c. Mundrachenhöhle.

32) **Guinard. Angeborene Ranula in Folge von Imperforation des Wharton'schen Ganges. (Grenouillette congénitale par imperforation du canal de Wharton.)** *Gaz. hebdom. de méd. 6. Januar 1888.*

Nach dem Autor existiren nur 9 Fälle dieser Art. Das wichtigste Charakteristicum ist das Erscheinen derselben gleich bei der Geburt. Eine Incision genügt zur Heilung des Kindes. E. J. MOURE.

33) **Brosin. Ueber die schwarze Haarzunge.** Dermatologische Studien. Heft VIII. Hamburg u. Leipzig. Leopold Voss. 1888.

Sehr ausführliche, geschichtlich und histologisch wichtige Monographie der als Lingua nigra bekannten Krankheit. Brosin kommt ebenso wie Referent zu

... der Pilzkrankheiten gehöre, dass ... die Schwarzfärbung ... Vermehrung der Epithelien für ... Epithelanhänge verantwortlich ... kommt von der Verhornung her. ... der Mundhöhle und übler Geschmack ... der Mundhöhle, gewaltsames ...

SCHECH.

... Parenchymatöse Zungenentzündung.
... *de oftalmologia,*

... Stecknadel ... veranlasste eine ... die ganze Mundhöhle ausfüllte und ... Patienten beängstigten. Vielfache ... zum Schwinden.

GONGORA-SENTINON.

... des Drüsengewebes der Zungenbasis nebst ... of the glandular tissue at the base ... *Med. and Surg. Journal. 2. Febr.*

... Frauen von ca. 30 Jahren. ... eines Fremdkörpers, heftiger, ... Sprechen und Singen. Die Behand- ... wenn die Follikel in ... Galvanocauter.

SWIFT (LEFFERTS).

... und ... Zungengeschwüre. *Monats-*

... für die Erkennung ... weist B. auf deren ... Geschwüre ... die luetischen ent- ... Zur localen ... Diese leistet ... Refer.)

SEIFERT.

... Flüssigkeit bei ... in syphilitic

... syphilitischer ... Die Fissuren ... nach zwei ... Ulceration ein, ... wurde. Die ... worden.

A. E. GARROD.

38) **Thomas Harris (Manchester). Vollständige Zerstörung der Zunge. (Complete destruction of the tongue.)** Sitzung der Manchester Medical Soc. *British Med. Journal. 19. Mai 1888.*

Patient, ein 14jähriger Knabe, hatte zuerst vor 8 Jahren ein Geschwür im weichen Gaumen, welches denselben beinahe vollständig zerstörte. Vor 2 Jahren erschien ein Geschwür in der Mitte der Zunge, welches sich peripher ausbreitete und deren ganze vordere Partie zerstörte. Der Knabe konnte nur schmecken, wenn er schluckte. Die Schneidezähne konnten nur $^1/_2$ Zoll von einander entfernt werden. Ein jüngerer Bruder des Patienten zeigte deutliche Symptome von angeborener Syphilis. A. E. GARROD.

39) **Poncet (Lyon). Fibrolipom der Zunge. (Fibrolipome de la langue.)** *Société nat. de méd. de Lyon. 16. Januar 1888. — Prov. méd. 21. Januar 1888.*

P. lenkt die Aufmerksamkeit auf einen Fall dieser Art, den er bei einer Frau beobachtet hatte. Die Consistenz des Tumors war weich, die Farbe gelblich.

Der Tumor hatte sich in dem submucösen Zellgewebe entwickelt und war mit den Muskeln verwachsen. Die histologische Untersuchung war gemacht worden. E. J. MOURE.

40) **F. Clarence Smith (India). Excision der Zunge. (Excision of the tongue.)** Sitzung der South Indian Abtheilung der British Med. Association. *British Med. Journal. 19. Mai 1888.*

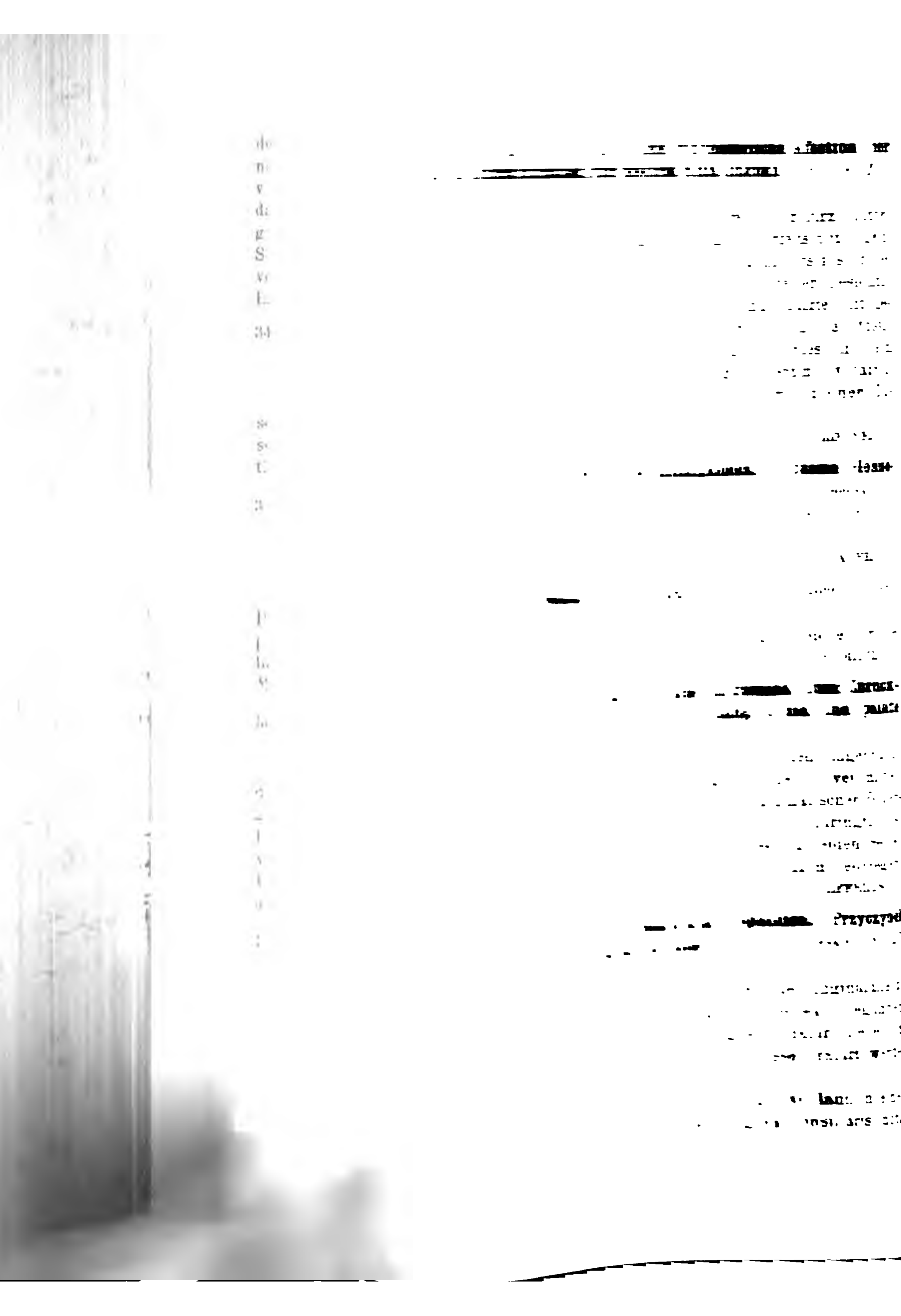
S. berichtet zwei Fälle von Excision der Zunge nach Syme's Methode. Es folgte eine kurze Discussion über die verschiedenen Methoden zur Exstirpation der Zunge. A. E. GARROD.

41) **George Mc Clellan. Amputation der linken Zungenhälfte wegen Epitheliom. (Amputation of the left half of tongue for epithelioma.)** *Journal of American Med. Association. X. 20. 1888.*

Es wurde ein Schnitt von der Symphyse des Unterkiefers bis nahe an die Vena jugul. externa gemacht, die Coronararterien unterbunden und die Zunge durch die Wunde hervorgezogen. Alsdann wurde ein Trocart mit Canüle durch die Mitte der Basis dicht am Zungenbein hindurchgestossen, der Trocart zurückgezogen und die Kette eines Ecraseurs durch die Canüle geführt. Nachdem dann die Zunge von vorn nach hinten gespalten war, wurde die Trennung mit dem Ecraseur vollendet. Es entstand eine starke venöse, aber nur eine geringe arterielle Blutung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

42) **J. A. White. Blutlose Resection der Zunge wegen Epitheliom: die Operation ohne Narcose schmerzlos mit Cocain ausgeführt. (Bloodless resection of the tongue for epithelioma: operation performed with general anaesthesia and without pain under cocaine.)** *Virginia Medical Monthly. XV. 2. 1888.*

Die Zunge wurde operirt durch eine Combination des Galvanocauters mit der kalten Schlinge. Die Gewebe wurden mit der Schlinge so lange comprimirt, bis ein kleiner fester Stiel zurückblieb, welcher durch den elektrischen Strom abgelöst wurde. Die zurückbleibende Eschara ist so gering, dass praktisch keine Gefahr für eine secundäre Blutung vorliegt. Während der Operation wurden 25 Tropfen einer 10proc. Lösung verbraucht. W. J. SWIFT (LEFFERTS).



nd bis zur letzten Zeit ein Material von 311 Erkrankungen gesammelt. Durch die Arbeiten von B. Fränkel und Guttmann über die infectiöse Natur der Angina lacunaris angeregt suchte C. durch bacteriologische Studien im Laboratorium des Herrn Prof. Krytow die Natur der Erkrankung näher zu definiren. Auf 311 Fälle wurde 11 mal Trauma, 43 mal Erkältung als Causa proxima angeführt, in 257 war die Ursache unbekannt geblieben. Die Krankheit bot in Familien einen ausgeprägten epidemischen Charakter und war höchst wahrscheinlich durch Ansteckung vermittelt. In diesen kleinen Hausepidemien erkrankten nach einander von 8 Hausbewohnern 4, in einer anderen Familie von Personen 4, ferner von 8, 7 u. s. w. In allen diesen Fällen war die Ansteckung von einer Person auf die andere ganz evident und führte C. zum Schlusse, dass die Ursache der Erkrankung durch Bacterien bedingt war, und Erkältung oder Trauma nur dadurch einwirken, dass sie die Resistenz der Gewebe gegen den Einfluss der Mikroorganismen schwächen.

Vier Fälle von acuter Angina boten dem V. das Material zu bacteriologischen Studien. Das Material dazu wurde auf folgende Weise gesammelt. Nach gründlicher Anästhesie mit Cocain wurden die erkrankten Theile tüchtig mit einem in Sublimatlösung (1:1000) getauchten Wattetampon abgerieben, dann mit sterilisirter Watte getrocknet, mit einer ausgeglühten Platinnadel aus den Crypten die lockeren Exsudatmassen entfernt, dann erst mit einer zweiten Nadel aus der Tiefe kleine Partikel auf Gelatine eingeimpft. Es wurde in denselben Staphylococcus pyogenes aureus oder albus neben anderen, gewöhnlich in der Mundhöhle lebenden Mikroorganismen gefunden. In einem Falle constatirte C. die Anwesenheit von Streptococcus pyogenes. Diese beiden Formen betrachtet Verfasser als das ätiologische Moment der Angina tonsillaris, die Affection selbst ist daher eine Infectionskrankheit, bei der Erkältung und Trauma nur als Gelegenheitsursachen betrachtet werden müssen. HERYNG.

18) **James Ritchie** (Edinburgh). **Angina bei Scharlach. (Sore-throat in scarlatina.)** *Edinburgh Med. Journal. Januar 1888.*

Im Verlauf einer Discussion über Scharlach erklärte Ritchie, er habe gefunden, dass die Halssymptome des Scharlachs bei grossen Mandeln gewöhnlich schlimmer seien. Ferner empfiehlt er in allen Fällen möglichst frühzeitig antiseptische Applicationen anzuwenden. Mc. BRIDE.

19) **E. Secrétan** (Lausanne). **Bericht über Masern- und Scharlachfälle.** *Revue méd. de la Suisse romande. p. 177. No. 3. 1888.*

S. betont den Werth des Vorhandenseins kleiner rother Flecke an der Wölbung und dem Segel des Gaumens im voreruptiven Stadium zur frühen sicheren Erkennung der Masern. JONQUIÈRE.

50) **F. H. Potter. Bemerkungen über die Behandlung der acuten Tonsillitis bei Kindern. (Notes on the treatment of acute tonsillitis in children.)** *Buffalo Medical Medical Journal. XXVII. 10.*

Nach Ansicht des Verfassers sind Peritonsillitis, parenchymatöse und folliculäre Tonsillitis ein und dieselbe Krankheit, nur durch die Umstände modificirt.

... Entzündung die Mandeln ...
... einer Diathese a...
... Rücksicht nehmen. 3) ...
... das Herabsetzen der Temper...
... Der ersten Indication begegn...
... durch häufige Anwendun...
... Oberfläche der Tonsill...
... zwischen ein und drei Tag...

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

... phlegmonöser Tonsillitis. (... Tonsillitis.) *New-York Med...*

... Anfällen von doppelseitig...

... localer Beziehung in nic...
... Weise behandelt.
... beide Tonsillen so stark g...
... einer Stelle berührten. ...
... und entleerte aus der link...
... sich sehr vermindert...
... Diese Incisionen schiene...
... Nacht wurde W. von ein...
... Derselbe war gestorbe...
... als eine halbe Stunde la...
... das geringste Lebenszeich...
... obere Region des Phary...
... eine grosse Menge Eiter und ...
... Ruptur der rechten Man...
... Nierenerkrankung vorhande...
... von den häufigen A...

LEFFERTS

... Blutung. (Ligation of a ter...

... Abschneidung eines Stücks ...
... vergeblich. Es wu...
... geschlungen und ...
... Ligatur wurde am vier...

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

... Syphilisinfection. *Monatssch...*

... hatte 2 gesunde Kinder ...
... syphilitische Roseola. Bei ...
... ratum am Zahnfle...

nd syphilitische Roseola. Später erkrankte das jüngste Kind an specifischer Ilceration des Sept. narium und dessen Amme (noch später) an einem Ulcus inuratum der linken Brustwarze. Auf welche Weise und bei welchem der beiden hegatten zuerst die Infection zu Stande gekommen ist, konnte nicht eruirt erden. SEIFERT.

4) Réthi (Wien). **Resection des Processus styloideus des Schläfenbeins wegen Schlingbeschwerden.** *Internat. klin. Rundschau. No. 24. 1888.*

Nachdem Réthi einer Beobachtung Weinlechner's, welcher einen langen riffelfortsatz durch Druck abgebrochen hatte, erwähnt, beschreibt er ausführlich inen Fall. Ein 25jähriger Mann hatte seit 2 Jahren Schlingschmerzen in der legend der linken Mandel. Alle Versuche, sie zu beseitigen, waren vergebens, is Réthi durch die Digitaluntersuchung feststellte, dass es sich um einen verlngerten Griffelfortsatz handele. Er versuchte ihn abzubrechen, was aber nicht elang; daher ging er, blos von einem Assistenten unterstützt, daran, denelben zu reseciren. Von einem 2 Centimeter langen Schnitte in die Mandel, unittelbar hinter dem vorderen Gaumenbogen, drang er langsam in die Tiefe, bis icht an die Carotis interna, legte den Processus styloideus blos und kneipte ein Ctm. langes Stück ab. Die Wunde heilte in 10 Tagen aus. Auf der anderen eite war der Processus styloideus ebensogross, aber durch eine grosse Tonsille edeckt machte er keine Schlingbeschwerden. Referent kann sich nicht enthalten, u fragen, was denn geschehen wäre, wenn die Carotis oder Vena jugularis interna verletzt worden wäre? CHIARI.

5) Axel Iversen (Kopenhagen). **Ueber Resectionen von Pharynx und Oesophagus. (Om Resektioner af pharynx og oesophagus.)** *Nordiskt medicinskt Archiv. Bd. XIX. No. 16.*

Der Verf. hat schon früher 6 hierher gehörende Fälle in v. Langenbeck's rchiv Bd. 31. 3. H. publicirt. Seitdem hat er noch 4 Fälle operirt. Unter den ersten Fällen handelte es sich 3 mal nur um eine partielle Resection des Pharynx. 1 mal wurde die Pharyngotomia subhyoidea gemacht, um eine narbige trictur des Oesophagus operiren zu können; 2 mal wurde die Resection des harynx und Oesophagus und die Exstirpation des Larynx ausgeführt, um circuire krebsige Ulcerationen im Pharynx zu entfernen. Eine dieser Patienten lebte 5 Monate nach der Operation, in den letzten Monaten mit einem kleinen localen ecidive. Die Todesursache war ein Empyem des Pleurasackes, durch eine Perration des Oesophagus, dessen Wände papierdünne waren, mittelst der Nährnde hervorgerufen.

In den 4 neuen Fällen handelte es sich immer um Rachenkrebs. Die Opetion wurde in folgender Weise gemacht. Zuerst Tracheotomia inferior, wonach haryngotomia subhyoidea. Dann wird, wenn der Krebs ringförmig ist, der Larynx reipräparirt, und das Neoplasma des Pharynx wird mittelst eines transversellen chnittes, der bis an das prävertebrale Gewebe geht, umschrieben und freidissirt, wonach Larynx und Pharynx in toto entfernt werden. Gleich nachdem die rachea durchschnitten ist, wird ein Jodoformtampon in der Oeffnung festgenäht.

Wenn es nothwendig ist, müssen grössere oder kleinere Partien des Oesophag den man mit Seidenfäden sich zuerst gesichert hat, auch entfernt werden.

Die Operation dauert ungefähr eine Stunde. Die Wunde wird offen lassen, mit Jodoform gepudert und mit Jodoformgaze austamponirt. Eine So à démeure wird in den Magen eingeführt und an der Haut fixirt. Nach 8 bis Wochen ist die Wunde durch Granulationen geschlossen. 2 von den 10 Fäl sind in directer Verbindung mit der Operation (Sepsis und Asystolia cordi gestorben.

Von den 6 Fällen, in welchen Resectio pharyngis et oesophagi und Ext patio laryngis gemacht wurde, lebte 1 13 Monate, 1 15 Monate. Zwei sind inn halb der ersten Tage nach der Operation gestorben, 1 nach beinahe 5 Woch und 1, der letzt Operirte, lebt noch zur Zeit der Publication.

Von den epikritischen Bemerkungen des Vf.'s ist besonders hervorzuheb dass er glaubt, den Schluss aus seinen Erfahrungen ziehen zu können, dass Carcinom des Pharynx eine Neigung, sich regionär zu halten, besitzt, und d dieser Umstand zu einem radical operativen Eingriff auffordert.

Ferner wird die ausserordentliche Dünnheit der Oesophaguswand in sein 2. Falle als Inactivitätsatrophie gedeutet, und auf die diesbezüglichen Gefah durch zu lange fortdauernde künstliche Ernährung mittelst der Sonde aufmerks gemacht, indem die Sonde im obigen Falle eine Perforation des Oesophagus h beiführte. Um dieser Atrophie entgegenzuarbeiten, muss man in ähnlichen Fäl öfter die Peristaltik des Oesophagus mittelst Irritationen der Pharynxschleimh auslösen und die Sonde nicht zu tief in den Oesophagus einführen. So letzterer gezwungen werden, die Speisen selbst weiter zu transportiren und durch die Inactivitätsatrophie verhindert werden. SCHMIEGELOW.

56) **Burckhardt** (Stuttgart). **Ueber die Eröffnung der retropharyngealen Absce** *Centralblatt für Chirurgie. 4. 1888.*

B. schlägt zur Eröffnung der retropharyngealen Abscesse, mögen diesel sog. idiopathische oder spondylitische oder septischen Ursprungs sein, die Schn führung von aussen vor, entlang dem inneren Rande des Sternocleidomastoid in der Höhe des Kehlkopfes. Hat man Haut und Platysma durchschnitten, schiebt man die zur Schilddrüse verlaufenden Gefässe nach aussen, und kann d leicht an den inneren Umfang der Carotis communis gelangen, eine kleine Oeffn in das Zellgewebe machen, diese mit der Kornzange erweitern und sich so ei Zugang zum retropharyngealen Raume schaffen. Zur Illustration seiner Meth theilt B. 3 nach derselben operirte Fälle mit. SEIFERT.

57) **Alfred S. Gubb** (London). **Erstickungsgefahr. (Narrow escape from choki** *Brit. Med. Journal. p. 189. 28. Januar 1888.*

G. wurde zu einem alten Mann gerufen, der angeblich beim Mittagses plötzlich erkrankt war. Er fand ihn rücklings in seinem Stuhle liegend, li und bewusstlos vor; der Mund war weit offen. Die Respiration hatte offen aufgehört. In der Annahme, dass der Patient wahrscheinlich erstickt sei, fül G. einen Finger ein, konnte jedoch nichts fühlen. Hierauf legte er den Patien

auf ein Bett und kitzelte den Schlund mit einer Feder. In ein oder zwei Minuten wurde ein grosses, halb gekautes Stück Fleisch ausgebrochen und Patient genas, indem das Bewusstsein in etwa fünf Minuten wiederkehrte. A. E. GARROD.

58) J. Saritschew (Moskau). **Entfernung der Fremdkörper aus dem Pharynx und Oesophagus. (Ob udalenii norodnich tel is glotki i pischiwoga.)** *Med. obosr. No. 5. 1888.*

Die Ansichten über die Art der Behandlung der Fremdkörper im Pharynx und Oesophagus gehen bis jetzt noch sehr auseinander. Bald versucht man dieselben in den Magen zu stossen, bald zu extrahiren; der eine giebt bald flüssige, bald mehr feste Speisen zu schlucken, der andere versucht Erbrechen zu bewirken. — In Folge der trichterförmigen Verengerung des Schlundes und der stärksten Verengerung in der Höhe des Ringknorpels, bleiben die Fremdkörper gewöhnlich hier stecken. Sind dieselben massig und gross genug, so verlegen sie die Glottis und können so Erstickungstod bedingen; kleine, spitze Körper verursachen Schmerzen, setzen mehr oder weniger grosse Verletzungen und bewirken Dysphagie. Die Einführung von Sonden oder Fischbeinstäbchen zu diagnostischen Zwecken verwirft Verf. vollständig, da man mit denselben häufig nichts erreicht, wohl aber den Fremdkörper tiefer ins Gewebe treiben und so grössere Verletzungen setzen kann. Zuweilen giebt uns der Kehlkopfspiegel über den Sitz und die Art des Fremdkörpers Aufschluss. Am meisten erwartet Verf. von der Untersuchung mit dem Finger.

Verf. stellte Messungen an der Leiche an über die Entfernung vom Stande der Schneidezähne und vom ersten Backenzahn bis zum Beginn des Oesophagus und fand diese Entfernungen beim Manne 14—15 Ctm. und $12^1/_2$—14 Ctm. Bei Frauen sind diese Maasse um 1 Ctm. kleiner.

Während des Schluckens und Würgens wird die Digitaluntersuchung erleichtert, weil der Schlundkopf und der Kehlkopf gehoben werden. Hat man den Fremdkörper gefühlt, so soll man ihn zu extrahiren suchen. Gelingt dieses nach mehrfachen Versuchen nicht, so muss derselbe auf blutigem Wege entfernt werden.

Hat der Fremdkörper die erste enge Stelle passirt, so kann er an den anderen engen Stellen (Höhe des 3. Brustwirbels und vor der Cardia) nochmals stecken bleiben. Spitze Körper können sich aber auf dem ganzen Wege der Speiseröhre einkeilen. Verf. beschreibt ziemlich ausführlich die Symptome und die Folgen, welche entstehen können, falls der Fremdkörper nicht entfernt wird. Zur Constatirung der Fremdkörper im Oesophagus bleibt fürs erste die Sondenuntersuchung unerlässlich, jedoch warnt Verf. vor jeglicher Kraftanwendung, besonders wenn die Natur des Fremdkörpers unbekannt ist. Gelingt es nicht, den Fremdkörper zu entfernen, so schreite man ohne Zögern zu Oesophagotomia alta. Mehrere interessante Beobachtungen, die hier mitgetheilt werden, machen den Aufsatz recht lesenswerth. LUNIN.



[illegible] und Croup.

[illegible] der Verwandtschaft des membranösen [illegible] A new method of investigating the [illegible] *Northwestern Lancet, St. Paul.* [illegible]

[illegible] aller Häuser, von denen [illegible] Diphtherie gemeldet wurde. [illegible] Häusern, aus denen der [illegible] Fälle von Diphtherie sich später [illegible]

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

[illegible]: Tracheotomie. (Laringo-[illegible] *Incurabili. No. 1—4. 1886.*

F. CARDONE.

[illegible] Behandlung der Diphtherie. (Treatment of [illegible]

[illegible] von Mercur bei der Behandlung [illegible]

A. E. GARROD.

[illegible] Fällen von Croup, behandelt durch Intu-[illegible] cases of croup, treated by intubation of [illegible] *1888.*

[illegible] interessanter Artikel, gestützt auf die [illegible] nebst klinischen Erläuterungen [illegible] eine sehr werthvolle Lehre dar. [illegible] Reihe von 50 Fällen, privatim im [illegible] der ersten Reihe von 50 Fällen siehe [illegible] Centralblatt 1888, S. 394). Von den [illegible] und 2 unbekannt. Geheilt wurden [illegible] der genesenen Patienten betrug 4 Jahr [illegible] Monate. Im Hinweis auf die Tabelle ist [illegible] Herbst durch Intubation behandelten [illegible] dem Sublimat zu, welches in der Mehr-[illegible] Theil auch dem weniger ungünstigen [illegible] Winter und Frühling in New York vor-[illegible]

LEFFERTS.

[illegible] von 25 Fällen von Intubation. (An analysis [illegible] *Philadelphia, 15. Februar 1888.*

[illegible] von welchen sechs unter, sieben über [illegible] war 16 Monate, der älteste 8 Jahre alt. [illegible] membranöser Croup. Beim Croup [illegible] der Diphtherie das Auftreten von [illegible] abgeben. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

64) **James G. Curtis** (Cork). **Intubation des Larynx wegen Diphtherie. (Intubation of the larynx for diphtheria.)** *Lancet. 31. März 1888.*

Eine glücklich verlaufene Intubation bei einem 10jährigen Knaben, der an Diphtherie litt. Man konnte die Röhre nur 20 Minuten liegen lassen; beim Herausziehen derselben erfolgte Husten und Auswerfen von Membranfetzen. Es war keine weitere Intubation nothwendig. und Patient machte eine gute Genesung durch. A. E. GARROD.

65) **M. J. Fleming. Ein Fall von membranösem Croup in Folge von Erkältung. Intubation. Heilung. (A case of membranous croup due to exposure to cold. Intubation. Recovery.)** *Post-Graduate. New-York, den 11. April.*

Von Interesse sind folgende Punkte: 1) Die Leichtigkeit, mit der O'Dwyer die Intubation ausführte und die relativ leichte Nachbehandlung. 2) Die wahrscheinliche Ursache, d. h. das Waten im kalten Wasser. Der Knabe hatte sich keiner Diphtherie ausgesetzt, war auch den Tag zuvor vollkommen wohl gewesen, Die anderen Kinder der Familie blieben gesund, ebenso die Mutter, welche soeben entbunden worden war. Es trat auch keine der Folgeerscheinungen der Diphtherie auf. Im Schlund zeigte sich keine Membran, nur durch die Röhre wurde viel ausgeworfen.

Kurz: die Geschichte des Falls scheint dem Autor ein starker Beweis für Nichtidentität des Croups und der Diphtherie zu sein. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

66) **Meursinge** (Alfen). **Ueber Croup und dessen Behandlung aus Veranlassung von einigen Tracheotomien. (Een verhandeling over croup en de behandeling er van, hiertoe op gewekt door eenige gevallen van tracheotomie.)** *Nederlandsche Maatschappy tot Bevordering der Geneeskunst. Verslag van de Werkzaamheden der Afdelingen in 1887. — Weekblad van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 25. 1888.*

Nichts Besonderes. BAYER.

67) **E. A. Lewis. Eine Frage betreffend die Tracheotomie. (A question regarding tracheotomy.)** *Brooklyn Med. Journal. März 1888.*

Die Frage ist die, wie weit der Arzt gehen soll, die Operation beim Croup und Diphtherie zu empfehlen oder zu fordern. L. beantwortet die Frage dahin, dass der Arzt gewöhnlich sie weder empfehlen noch verlangen, jedoch stets zu ihrer Ausführung bereit sein soll, wenn die Eltern es verlangen, denen man auch die Verantwortung hierfür überlassen soll. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

68) **D. Torsellini** (Siena). **Die Tracheotomie beim Croup. (La tracheotomia nel croup.)** *Riforma Medica. 20. bis 27. Januar 1888.*

Nach einer allgemeinen Studie über die Tracheotomie bei der Behandlung des Croups. in der er die Wichtigkeit der Operation, ihre Indicationen und Contraindicationen, die verschiedenen Operationsverfahren bespricht, berichtet T. 7 von ihm ausgeführte Tracheotomien mit 4 Heilungen. Er hat die Lüer'sche Canüle modificirt, um das Wechseln der inneren zu erleichtern. CARDONE.

69) **C. Kahrs** (Norwegen). **122 Tracheotomien bei Diphtheritis. (122 Tracheotomier i Difterit.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. p. 441. Juni 1886.*

	Männlich	Weiblich	Geheilt	Gestorben	Zusammen	Geheilt pCt.	
Unter 1 Jahr	—	3	—	3	3	—	
1—2 Jahr	7	6	4	9	13	31	
2—3 „	14	8	7	15	22	32	
3—4 „	13	7	9	11	20	45	
4—6 „	12	19	13	18	31	42	
6—8 „	7	7	5	9	14	36	
8—12 „	7	6	8	5*)	13	61,5	*) 1 an Phthisis 40 Tage nach der Operation gestorben.
Ueber 12 Jahr	4	2	1	5**)	6	17	**) 1 an Diphtheritisinfection ohne hervortretende Symptome des Larynx gestorben.
Zusammen	64	58	47	75	122	38,5	

Der Verf. giebt sodann ein kurzes Resumé des Operationsverfahrens, und theilt schliesslich 3 Fälle mit, in denen die Entfernung der Canüle wegen Granulationsbildung in der Trachea nicht gelang. Er spaltete in diesen Fällen in Chloroformnarkose die Trachealwand, und entfernte die Granulationsmassen. In dieser Weise wurde die Permeabilität in 2 Fällen wieder hergestellt, in dem 3. Falle starb der Pat. unter acuten Fiebererscheinungen. (Näheres nicht angegeben.)

SCHMIEGELOW.

70) **J. E. Michael. Acht Fälle von diphtheritischer Stenose des Larynx, wovon bei sechs die Tracheotomie gemacht worden war. (Eight cases of diphtheritic stenosis of larynx, in six of which tracheotomy was done.)** *Maryland Med. Journal 4. Februar 1888.*

Zwei von den sechs Operirten genasen. W. hält die Tracheotomie für die letzte Zuflucht und wartet mit der Operation, bis Cyanose eintritt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

71) **Thomas Hebert. Bronchotomie beim pseudomembranösen Croup. (Bronchotomy in pseudomembranous croup.)** *New Orleans Med. and Surgical Journal. Mai, 1888.*

H. ist ein vollständiger Skeptiker rücksichtlich der Medication beim Croup. Sein Grundsatz ist, die Trachea früh und so oft zu eröffnen, wie es die Umstände und die Einwilligung der Eltern gestatten. Ebenso empfiehlt er die Operation in allen Fällen über ein Jahr vorzunehmen, sobald die Krankheit beim ersten Besuch sicher diagnosticirt ist.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

72) **Lennander** (Stockholm). **Ueber Tracheotomie bei Croup nebst Croupstatistik aus 3 Spitälern in Stockholm. (Om Tracheotomi för Croup jemte Croupstatistik fran tre Sjukhus i Stockholm.)** *Upsala. 194 Ss. 3 Taflen. 1888.*

In dieser ausgezeichneten die frühere Literatur berücksichtigenden Arbeit wird die Geschichte der Tracheotomie, der Zeitpunkt des Ausführens der Operation und die Operationstechnik ausführlich besprochen. In Capitel V werden die verschiedenen möglichen Unglücksfälle während der Operation auseinandergesetzt. Capitel VI wird den „Schnellmethoden" und der Thermotracheotomie gewidmet. Der Verf. giebt hier eine Beschreibung seines Operationsverfahrens: Thermotracheotomie mit Fixation der Trachea. Er spaltet die Haut und das subcutane Fettgewebe, fixirt danach die Trachea mittelt zweier einzelner scharfen Haken, und brennt dann zwischen den Haken die Trachea durch. Auf diese Weise wurden 52 Patienten in Stockholm operirt, wovon 17 geheilt sind. Das „Decanulement" ist in diesen Fällen 13 mal normal zu Ende gebracht, in 3 Fällen hat Granulombildung Schwierigkeiten hervorgebracht, in einem Falle bildete sich eine Verwachsung oberhalb der Tracheotomiewunde aus, aber in allen 4 Fällen konnte doch die Canüle nach einigen Schwierigkeiten weggenommen werden. Die Operation wurde in allen Fällen ohne Blutung beendigt, und Nachblutungen sind nicht eingetreten. In Capitel VII werden der Trachealcubitus und die verschiedenen Canülen ausführlich besprochen. Schliesslich wird in Capitel VIII die Nachbehandlung näher beschrieben. Eine ausführliche Croup- und Tracheotomiestatistik von drei Krankenhäusern in Stockholm schliesst die Arbeit ab.

Es ist nicht möglich Näheres über die vielen interessanten Details dieser gründlichen Arbeit zu geben, ohne dass das Referat weit die Grenzen, die unser „Centralblatt" einem einzelnen Artikel einräumen kann, überschreitet, und ich muss mich mit dem oben Gesagten begnügen, empfehle aber gleichzeitig den Lesern des „Centralblattes" ein eingehendes Studium der Orginalarbeit auf das Wärmste.

SCHMIEGELOW

73) **Jenny** (St. Gallen). **Ueber die Folgezustände nach der Tracheotomie wegen Diphtherie und Croup im Kindesalter.** *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 5 u. 6. 1888.*

Von 214 wegen Croup und Diphtherie des Kehlkopfes im Thurgauer Kantonspitale Münsterlingen (am Bodensee) während der Jahre 1873 bis 1886 tracheotomirten Kindern wurden 95 (44 pCt.) geheilt. Bei Ausschluss der sporadisch aufgetretenen Kehlkopfcroupfälle stellt sich die Heilungszahl auf 42 pCt. Von 90 geheilt entlassenen Kindern starb eines in Folge der Operation; 11 (also 12 pCt. der Gesammtzahl) zeigen zur Zeit noch Störungen (Dypnoe oder Heiserkeit) von Seite des Kehlkopfs, die, wenn auch nicht mit Bestimmtheit, auf die Operation zurückgeführt werden können. Bei 12 anderen Kindern fanden sich leichte Störungen (Dyspnoe oder Stimmstörung), ohne dass die Operation hierfür verantwortlich gemacht werden könnte.

Von unangenehmen Zufällen resp. Störungen im Anschluss an die Tracheotomie wurden beobachtet 1 mal Nachblutung aus der Wunde 2 Stunden nach der Operation, 54 mal Blutungen im späteren Verlaufe der Nachbehandlung, nach

dem 3. Tage. Munddiphtherie bei 43 Kindern, Deglutitionsstörungen bei 11 Kindern, Emphysem des Unterhautzellgewebes 1 mal, Nasenbluten 2 mal. ausgedehnte Necrose der Luftröhrenschleimhaut 11 mal. Die Operation wurde stets analog der von Bose angegebenen Methode ausgeführt. SEIFERT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

74) A. Trifiletti (Neapel). **Eine Ursache der Alteration der Stimme beim Gesang. (Una causa d'alterazione della voce nel canto.)** *Rivista clin. e terap. April 1888.*

T. weist nach. dass oft beim Gesang die Veränderung der Stimme, wenn man einen hohen Ton hervorbringen will, nicht durch eine Alteration des Larynx etc. hervorgerufen wird, sondern vorzugsweise durch eine Schwellung der Nasenschleimhaut; ferner durch eine chronische Rhinitis mit oder ohne Hypertrophie der Nasenmuscheln; durch eine Pharyngitis mit oder ohne Hypertrophie der Mandeln etc. — Es steht dies im Einklang mit der Physiologie, die bereits gezeigt hat, dass die ersten Luftwege die Resonanz und die Höhe der Stimme bei normalem Zustande bedingen. F. CARDONE.

75) D. Gallina. **Drei verschiedene Fälle von Laryngitis etc. (Tre svariati casi di laringite etc.)** *Gazz. Med. di Turin. 5. Juni 1888.*

Es handelte sich um eine catarrhalische, eine ödematöse und eine syphilitische Laryngitis. Ganz und gar nichts Neues. F. CARDONE.

76) Simpson (Manchester). **Larynxtumoren. (Laryngeal growths.)** Sitzung der Clinical Society of Manchester. *Brit. Med. Journal. 26. Mai 1888.*

Der ersten Patientin, einer jungen Frau, waren mehrmals papillomatöse Neubildungen von den Stimmbändern entfernt worden: doch zeigte sich eine beunruhigende Tendenz zu Recidiven, obwohl starke Adstringentien und Chromsäure nach der Operation angewendet worden waren. In dieser kurzen Notiz wird nichts über den mikroskopischen Charakter der Neubildungen mitgetheilt.

Der zweite Patient, ein junger Mann, hatte zwei fleischige Lappen, die von den Taschenbändern ausgingen und über die Mittellinie hinausragten. Ein ähnlicher, aber kleinerer Tumor sprang von der Schleimhaut über dem inneren Rand des rechten Giessbeckenknorpels hervor. Die Tumoren verdeckten die Stimmbänder. Die Stimme war rauh aber kräftig. A. E. GARROD.

77) P. Masucci (Neapel). **Vollständige Uebersicht über die Resultate der in letzter Zeit ausgeführten Larynxexstirpationen. (Sguardo complessivo sui risultati che ha dato negli ultimi tempi la estirpazione della laringe.)** *Rassegna critica internaz. etc. April 1888.*

M. kommt zu folgenden Schlüssen:

Beim Larynxkrebs ist die Radicalbehandlung (halb- oder doppelseitige Exstirpation des Larynx) vorzuziehen.

Man muss sie frühzeitig ausführen.

Die Exstirpation eines endolaryngealen malignen Tumors im Anfangsstadium durch den Mund mit der Zange giebt kein gutes Resultat.

Die Frage der Auskratzung nach der Cricotomie, selbst wenn das Neoplasma sich im Anfangsstadium befindet, ist noch unentschieden.

Endlich tritt, nach seinen Beobachtungen, niemals eine maligne Degeneration eines gutartigen Larynxtumors nach endolaryngealer mechanischer Behandlung ein.

F. CARDONE.

78) **F. Hollingshead** (London). **Perichondritis des Larynx. Tracheotomie; Heilung. (Perichondritis of the larynx. Tracheotomy; recovery.)** *British Med. Journal. 2. Juni 1888.*

Ein Mann von 39 Jahren wurde von acutem Larynxcatarrh befallen, der trotz der Behandlung schlechter wurde. Das Laryngoscop zeigte, dass der Larynx roth, geschwollen und ulcerirt war. Aeusserlich bestand Empfindlichkeit auf Druck und Verdickung. Es wurde zwar Mercur und Jodkali in grossen Dosen gegeben, die Athmung wurde jedoch so beschwerlich, dass man die Tracheotomie machen musste, welche sofort Erleichterung schaffte. Seit dieser Zeit wurden die Symptome schwächer und der Larynx besserte sich. Später wurde ein Stück exfoliirten Knorpels ausgehustet. Nach Ablauf eines Monats machte man den erfolgreichen Versuch, die Canüle fortzulassen, und einen Monat später war die äussere Wunde geheilt. Pat. bekam kein Recidiv seiner Krankheit. A. E. GARROD.

79) **Chauvel.** [Beobachtung von Du Cazol.] **Wunden des Larynx. (Plaies du larynx.)** *Soc. de chirurgie. Paris, 4. April 1888.*

Es handelte sich um einen an Asphyxie zu Grunde gegangenen Patienten, bei dessen Section man eine Wunde in Folge eines Fremdkörpers fand, ringsherum bestand ein Oedem, welches Du Cazol nicht genügend erscheint, um den Tod herbeizuführen.

Verf. bemerkt, dass man vielleicht mit dem Laryngoscop die Läsion hätte sehen können. Man muss gestehen, dass dieses zögernde Vielleicht zum mindesten erstaunlich ist!

Monod schreibt in der darauf folgenden Sitzung (11. April) den Tod des Patienten von Du Cazol einem acuten Larynxödem zu. E. J. MOURE.

80) **Godet. Blutegel in der Regio subglottica des Larynx. Heilung. (Sangsue dans la partie sous-glottique du larynx. Guérison.)** *Arch. de méd. et pharm. milit. October 1887.*

Es handelte sich um einen Soldaten, bei welchem die Thyreotomie gemacht worden war, um den Blutegel zu extrahiren, welcher weder Athembeschwerden, noch Erstickungsnoth herbeiführte. E. J. MOURE.

81) **F. Massei** (Neapel). **Croup oder Fremdkörper? (Crup o corpo estraneo?)** *Rivista Clin. e Terap. Juni 1888.*

Ein kleines 7jähriges Mädchen wurde plötzlich von Husten, Fieber und Larynxstenose befallen. Nach sechs Tagen schwand das Fieber, die Larynxstenose bestand jedoch fort. Darauf sah man bei der laryngoscopischen Untersuchung, dass die Larynxhöhle normal, die Trachealschleimhaut geschwollen und am 3. und 4. Ring geröthet war. Daselbst zeigte sich ein langer, weisslicher Körper. Nach der Anamnese war es wahrscheinlich eine Fischgräte (Aesche), die vor einigen Tagen beim Husten verschluckt worden war. Die Tracheotomie konnte nicht gemacht werden, weil die Patientin wegblieb. F. CARDONE.

82) **Patés. Fremdkörper der Trachea. (Corps étranger de la trachée.)** *Union méd. et scientif. du Nord-Est. No. 5. 15. Mai 1888.*

Es handelt sich um einen durch Erstickung zu Grunde gegangenen Mann, in dessen Trachea man bei der Section einen Kieselstein von 9,50 Grm. fand, der an der Bifurcation festsass.

E. J. MOURE.

83) **G. Masini (Florenz). Ueber die motorischen Centren des Larynx. (Sur les centres moteurs du larynx.)** *Arch. Ital. di Laring. April 1888.*

Eine Arbeit, welche ausser dem Resumé der von anderen Autoren über diesen Gegenstand veröffentlichten klinischen Beobachtungen und Experimente viele von dem Autor selbst in dem physiologischen Laboratorium von Prof. Luciani in Florenz angestellte Experimente enthält. Nach diesem Studium kommt er zu folgenden Schlüssen:

1. In den vorderen Hemisphären giebt es eine Zone, welche die Bewegungen der Glottis beherrscht. 2. Diese Zone befindet sich wahrscheinlich in der dritten Stirnwindung, nahe bei der Broca'schen Windung und dem Fuss der aufsteigenden Stirnwindung. 3. Die Läsionen dieser Region geben die Erscheinungen dauernder Glottisparalyse (Aphonie, Dysphonie, Diplophonie der Stimme). 4. Der motorischen Paralyse folgt die sensible.

[Vgl. zu diesen Ergebnissen die vielfach widersprechenden Semon's und Horsley's, Centralblatt III, S. 298. Red.]

Man kann bei den berichteten Experimenten beobachten, dass die Reizung sich vielleicht von einem Punkt auf andere erstreckt hat.

CARDONE.

84) **Hinats (Klausenburg). Ueber das peripherische Verbreitungsgebiet des Nervus accessorius vagi.** *Orvos-Természettudományi Értesitö; orvosi szak. 1888. Heft 1. Excerpt. Pester med. chir. Presse. No. 23. 1888.*

H. hat seine Untersuchungen hauptsächlich nach der Degenerationsmethode an Kaninchen angestellt. Vergleichende anatomische Daten und physiologische Experimente wurden auch gewürdigt.

Die Versuchsresultate sind die folgenden;

1. Der Accessor. vagi erhält ausser den medullären und spinalen Wurzeln auch vom Gangl. jugul. vagi Fasern.

Die peripherische Verbreitung betreffend:

2. Der N. pharyng. accessorius führt Fasern zu den Rachenmuskeln und zum M. glosso- und pharyngo-palatinus.

3. Vermittelst des N. laryng. med. laufen Accessoriusfasern auch zum Constrictor pharyngis und M. cricothyreoideus; ob auch zu anderen Muskeln, ist ungewiss.

4. Der N. laryng. sup. erhält nur ausnahmsweise Accessoriusfasern und in diesem Falle gehen diese mit dem äusseren Ast zum M. cricothyreoideus.

5. Der N. laryng. inf. besteht grösstentheils aus Accessoriusfasern und betheiligt sich hauptsächlich an der Innervation der Kehlkopfmuskeln; die von diesem abgehenden Nr. tracheales und oesophagei führen den entsprechenden Organen eine kleine Anzahl Accessoriusfasern zu.

6. Die vom Vagus entspringenden Herznerven führen ebenfalls Accessorius-

7. Die Oesophagus- und Magenäste des Vagus, welche im Brustkasten entspringen, enthalten ebenfalls wenige Accessoriusfasern.

8. Kein einziger Ast des Vagus enthält ausschliesslich Accessoriusfasern, denn neben degenerirten Accessoriusfasern waren in allen Aesten auch intacte vorhanden.

9. Die Accessoriusfasern verlaufen ausser dem Vagus in keiner anderen Nervenbahn.

10. Diesen Punkt bezüglich zeigen die anatomischen Verhältnisse des Menschen und Kaninchen eine derartige Analogie, dass die Resultate hinsichtlich der Verbreitung des Accessorius von einem auf den anderen übergeführt werden können.

CHIARI.

85) **Dees. Ueber die Beziehungen des N. accessorius zu den Nn. vagus und hypoglossus.** *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. XLIV. 6.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

SEIFERT.

86) **Exner. Bemerkungen über die Innorvation des M. crico-thyreoideus.** *Arch. für die gesammte Physiologie. Bd. XLIII. 1. 1888.*

E. wendet sich gegen einige Bemerkungen in dem Aufsatze Simanowski's, in welchem gewisse Resultate seiner Untersuchungen über die Innervation des Kehlkopfs als mit Simanowski's Versuchsergebnissen im Widerspruch stehend bezeichnet werden.

SEIFERT.

87) **Onodi (Pest). Beiträge zur Lehre von der Innervation und den Lähmungen des Kehlkopfes.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 4. 1888.*

Der M. cricothyroideus wird vom Ramus externus des N. laryng. sup. innervirt; in einigen Fällen sandte der Recurrens ein bis zwei Fäden zum Muskel. Der von Exner gefundene N. laryng. med. existirt beim Menschen nicht in der Form, wie E. ihn beschrieben. Der M. arytaenoideus transversus wird sowohl vom obern als auch vom untern Kehlkopfnerven innervirt; auch Onodi merkwürdige Verbindungen, welche die oberen und unteren Kehlkopfnerven innig verknüpfen; so z. B. solche im M. arytaen. transvers. Der M. cricoarytaenoideus posticus, der M. thyreoarytaen. und der M. cricroarytaen. later. werden nur vom Recurrens innervirt; der Thyreo- und Aryepiglotticus nur vom Laryngeus superior. Die sensibeln Fasern des Lar. sup. kreuzen sich nicht nur mit denen der anderen Seite, sondern gehen noch Verbindungen mit dem Recurrens ein. Bei einer Anästhesie ist demnach die Annahme einer ausschliesslichen Lähmung des Ramus intern. lar. sup. nicht hinreichend; das Ueberspringen der diphth. Lähmungen vom Laryng. super. auf den inferior. erklärt sich durch die bestehenden Anastomosen viel besser als aus der Annahme, dass die Neuritis erst den Lar. sup. ergreife, dann auf den Vagusstamm und zuletzt auf den Recurrens übergreife.

SCHECH.

88) **Jelenffy (Budapest). Ueber die electrische Contractilität der Larynxmuskeln nach dem Tode und den Aethereffect.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 26. S. 522. 1888.*

In Gemeinschaft mit Prof. v. Regéczy hat J. Experimente angestellt, die beweisen sollen, dass die Absterbeordung der Larynxmuskeln, die Semon und

Horsley beschrieben haben, lediglich durch die Abkühlung bedingt sei, der die Muskeln in verschiedenem Grade ausgesetzt seien. [Schon bei der Berliner Naturforscherversammlung 1886 entschieden von dem Herausgeber bestritten. F. S.] Wird die Abkühlung durch Eintauchen des Kehlkopfs in warmes Oel verhindert, so sollen alle Muskeln zu gleicher Zeit absterben. Ausserdem machten die genannten Verff. Experimente über den Aethereffect und zwar am Nervus ischiadicus. J. bezeichnet selbst seine Experimentenzahl nicht für genügend, zieht aber bereits eine Reihe von Schlüssen aus denselben; er kündigt eine grössere Arbeit über den betreffenden Gegenstand an. B. FRAENKEL.

89) **O. Rosenbach** (Breslau). **Zur Lehre von der verschiedenen Vulnerabilität der Recurrensfasern.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 8. S. 150. 1888.*

Prioritätsreclamation. B. FRAENKEL.

90) **Felix Semon** (London). **Zur Lehre von der verschiedenen Vulnerabilität der Recurrensfasern.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 10. S. 200. 1888.*

Polemik gegen Rosenbach. B. FRAENKEL.

91) **Hooper** (Boston). **Anatomie und Physiologie der Nervi recurrentes. (Anatomie et physiologie des nerfs récurrents.)** *Ann. des mal. de l'oreille etc. No. 10, 11ff. 1887.*

Wörtliche Uebersetzung des vom Autor in dem New-Y. Med. Journal, Juli und August 1887 publicirten Artikels. E. J. MOURE.

92) a. **James Israel** (Berlin). **Exstirpation eines Cavernoms am Halse mit Resection des Nervus sympathicus.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 7. S. 120. 1888.*

Bei der Operation eines Carcinoms, welches lateralwärts von der Tonsille sass und bis zum Foramen jugulare hinaufreichte, wurde rechts ein Stück des Sympathicus resecirt, und die aus dem Foramen jugulare tretenden Nerven gequetscht, sicher aber nicht verletzt. Sofort nach der Operation zeigte sich Myosis, Verengerung der Lidspalte, Röthung und Wärmegefühl des Ohrs, welche Erscheinungen innerhalb 3 Wochen an Intensität verloren. Am Tage nach der Operation war die rechte Zungenhälfte stark geschwollen und die Zunge wich mit der Spitze nach rechts beim Vorstrecken ab. Allmälig wurde die rechte Zungenhälfte weich und lappig. Ebenfalls am Tage nach der Operation zeigte sich das Velum rechts gelähmt und die Stimme heiser. Auch war sofort Speichelfluss vorhanden. und wurde eine Lähmung des M. sternocleid. und cucullaris beobachtet.

b. **E. Remak** (Berlin). **Traumatische Sympathicus-Hypoglossus- und Accessoriusparalyse.** *Ibidem. S. 121.*

Der vorstehend erwähnte Patient wurde Remak überwiesen und von diesem im Verein der Charitéärzte vorgestellt. In Bezug auf die durch die Resection des Sympathicus veranlassten Erscheinungen verweist Ref. auf das Original. Die Erscheinungen an der Zunge sind im Wesentlichen noch Lähmung und Atrophie rechts. Geschmack und Sensibilität normal. Electrische Erregbarkeit rechts aufgehoben, auch der Genioglossus, was bei einem Fall von saturniner Hemiatrophie nicht der Fall war. Die Prüfung mit dem constanten Strom ergiebt Entartungsreaction, die quantitativ in letzter Zeit zurückgegangen ist. Da directe faradische Reizung der gesunden Seite die vorgestreckte Zunge gerade

stellt, scheint die Deviation von der Lähmung des Genioglossus, und nicht von einer solchen des Longitudinalis und Transversus abhängig zu sein.

Da auch die Musculi sternohyoideus, sternothyreoideus, omohyoideus atrophisch sind und sich bei der faradischen Untersuchung als gelähmt erweisen, ist anzunehmen, dass der Hypoglossus oberhalb des Abgangs des Descendens gequetscht worden ist. Die Parese des Gaumensegels war inzwischen geheilt. Das rechte Stimmband steht nach Schorler's Beobachtung in Adductionsstellung mit einer leichten. in der Abnahme begriffenen Excavation des inneres Randes unbeweglich fest. Contractionen des Musc. cricothyreoideus rechts deutlich fühlbar. Die König'sche Flamme giebt rechts nur ein bandförmiges Flammenbild. Die beobachtete Lähmung und Atrophie des Cucullaris, sowie die Lähmung des Sternocleidomastoideus für willkürliche Bewegung — die Mitbewegung bei der Athmung war immer erhalten — sind im Rückgang begriffen. Remak schliesst aus dieser und ähnlichen Beobachtungen, dass Verletzungen des Accessorius für den Mucs. cucullaris um so weniger dauernde Atrophie im Gefolge haben, je höher am Stamm des Nerven hinauf sie erfolgen.

c. **B. Fränkel. Bemerkungen zu Remak's Fall von traumatischer Sympathicus- etc. Paralyse.** *Ibidem. No. 8. S. 149. 1888.*

In diesem Falle handele es sich um eine traumatische Affection des Nervus accessorius. Die vom äusseren Ast desselben versorgten Muskeln seien gelähmt. Es sei deshalb auch das, was am Kehlkopfast beobachtet werde, als Lähmung und nicht als Contractur aufzufassen. Nun stände das Stimmband, wie auch Fr. und Landgraf beobachteten. in Medianstellung, während geringe Schliessbewegungen stattfänden. Da der Patient von Fr. vor der Operation laryngoskopirt war und keine Lähmung gezeigt hatte, ist diese Veränderung durch das Trauma bedingt worden. Es ist also hier gleichsam durch ein Experiment am Menschen bewiesen, dass bei Verletzungen des Accessorius sich der Posticus vulnerabler erweist als die Schliessmuskeln. und wird dadurch das Semon'sche Gesetz bestätigt.

B. FRAENKEL.

93) **Ed. Aronsohn** (Berlin — Bad Ems). **Zur Pathologie der Glottiserweiterung.** Aus der Königl. Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten zu Berlin. *Deutsche med. Wochenschrift. No. 26—28. 1888.*

Vor der ausführlichen Beschreibung und kritischen Würdigung von 15 Fällen von Posticuslähmungen wird als eine weitere Stütze und Ergänzung des zu Recht bestehenden Semon'schen Gesetzes der Umstand hervorgehoben, dass in den Fällen, in welchen die Ursache der Posticuslähmung in einer Erkrankung des zugehörigen Nerven zu suchen war, der Puls eine erhöhte Frequenz zeigte; denn wenn die cardialen Aeste des Accessorius gelähmt sind, so müssen gleichzeitige Innervationsstörungen der Glottismuskulatur auch um so eher auf eine Lähmung der laryngealen Aeste desselben Nerven zu beziehen sein. In den Fällen, in welchen keine Pulsbeschleunigung besteht, liegt eine organische Erkrankung hinter der Abzweigung des Recurrens, eine myopathische Lähmung der Postici oder Adductorencontractur vor. [Diese Schlussfolgerung ist doch wohl zu weitgehend. Warum soll nicht auch bei höher gelegenen. aber incompleten Accessoriusläsionen die Tachycardie fehlen können? F. S.]

Von den mitgetheilten Fällen sind folgende bemerkenswerth:

1. Fall von totaler Lähmung aller vom N. accessorius versorgten Muskeln und Parese des Vagus bei Tabes dorsalis. Das linke Stimmband steht bei der Respiration der Mittellinie angenähert und bewegt sich bei der Phonation etwas nach rechts, so dass die Stimmritze in der Phonationsstellung die Mittellinie einnimmt.

2. Fall von Lähmung des rechten Vagus, linken Abducens und linken Oculomotorius bei einer chronischen Cerebrospinalkrankheit. — Medianstellung des rechten Stimmbandes mit leichter Excavation des freien Randes.

3. Lähmung des rechten Vagus. Accessorius und Hypoglossus. Das rechte Stimmband steht der Mittellinie angenähert, bildet am freien Rande einen starken Bogen.

4. Lähmung des linken N. vagus und Accessorius bei Spondylarthrocace der Halswirbelsäule. Das linke Stimmband steht der Medianlinie angenähert unbeweglich; das rechte geht bei der Phonation über die Medianlinie hinaus. ohne einen vollkommenen Glottisschluss zu erreichen.

5. Lähmung des N. laryngeus inferior dext. und sin. durch Carcinom. Das linke Stimmband steht unbeweglich in Cadaverstellung und zeigt einen concaven Rand. Das rechte Stimmband steht in Medianstellung und überschreitet beim Phoniren um ein Weniges aber deutlich die Mittellinie; hört die Phonation auf. so weicht es wieder in die Medianstellung zurück. Bestände eine Contractur der Schliesser, so müsste das rechte Stimmband dauernd die Mittellinie überschreiten und sich gegen das in Cadaverstellung befindliche dauernd anlegen.

6. Lähmung des N. laryng. infer. sin. durch Aneurysma Arcus aortae. Linkes Stimmband steht bei der Respiration der Mittellinie angenähert mit concavem Rande; bei der Phonation bildet der Rand eine gerade Linie.

Bei den myopathischen Lähmungen des Posticus ist die Parese häufiger doppelseitig (von vier mitgetheilten Fällen drei). die Prognose aber günstig.

AUTOREFERAT (B. FRAENKEL).

94) Kessel (Jena). **Demonstration eines Patienten, der an Stummheit ohne Taubheit leidet.** *Correspondenzblätter des allgem. ärztl. Vereins von Thüringen. 4. 1886.*

K. stellt einen 8jährigen Knaben vor, bei welchem das Centrum für die Klangbilder der Worte und das Centrum für die Bewegungsbilder derselben spontan functionirt, aber eine Unterbrechung in dem für das Nachsprechen nöthigen Reflexbogen und zwar in der austretenden motorischen Sprachbahn vorhanden zu sein scheint.

SEIFERT.

95) O. Frattini (Lodi). **Ein Fall von hysterischer Stummheit, hervorgerufen und geheilt durch einen Gemüthseindruck. (Caso di mutismo isterico provocato e guarito da emozione morale.)** *Gazetta degli Ospitali. 11. Januar 1888.*

Eine 19jährige, verheirathete Frau bekam plötzlich eine vollständige Aphonie, als ihr Mann sie schlagen wollte. Die Aphonie verschwand ebenso plötzlich. als sie eines Tages einen Unbekannten in Begleitung des Arztes erblickte. [„Aphonie“ ist doch nicht gleichbedeutend mit „Stummheit“? Red.]

F. CARDONE.

96) **N. Musmeci (Catania). Ein Fall von hysterischer Stummheit. (Su un caso di mutismo isterico.)** *Gaz. Ospitali. 9. Mai 1888.*

Ein junges, 13jähriges Mädchen verlor in einem Krampfanfall die Stimme. [? Vgl. die zum vorstehenden Referat gemachte Bemerkung. Red.] Nach 3 Monaten verschwand die Aphonie während eines religiösen Festes; denn die Patientin sprach plötzlich den Namen der heiligen Feierlichkeit aus. F. CARDONE.

97) **P. S. Thompson. Ein Fall von Aphasie mit wiederholten Convulsionen der Zunge und der rechten Wange. (Case of aphasia with repeated localised convulsions of the tongue and right check.)** *Glasgow Med. Journal. März 1888.*

Der Fall ist hauptsächlich von neurologischem Interesse, es finden sich jedoch dabei gewisse Punkte, welche die Leser des Centralblatts interessiren.

Der Patient, ein gebildeter Mann, begann im Juni 1885 über motorische Aphasie zu klagen; dies setzte sich bis zum August fort. Während dieser Zeit traten Zuckungen der Zunge und der Gesichtsseite (besonders der rechten) auf, gefolgt von leichter Parese. Nach verschiedenen Intervallen von Besserung trat schliesslich eine sensorische Aphasie auf, gefolgt von Unfähigkeit, deutlich zu schreiben; Worttaubheit, epileptische Anfälle, allgemeine Paralyse und Tod. Folgende Theile des Gehirns fanden sich afficirt: 1. die hinteren $^2/_3$ der dritten queren Stirnwindung, 2. der untere Theil der aufsteigenden Stirn- und aufsteigenden Parietalwindung, 3. der vordere Theil der ersten Schläfenkeilbeinwindung. Thompson ist geneigt, anzunehmen, dass dieser Fall die Identität der Hirncentren für die Sprache und für die Bewegung der Zunge und Lippen zeigt.

Mc. BRIDE.

98) **A. Schwarz (Pest). Ein Fall von Reflexaphasie.** *Pest. med. chir. Pr. No. 13. 1888.*

Bei einem 13jährigen Mädchen, welches kurz nach einander eine schmerzhafte Zahnoperation, Diphtheritis und einen Abscess des Gaumens überstanden hatte, trat 3 Wochen nach der ersteren Operation Aphasie ein, indem nämlich die Zunge bei jedem Versuche zu sprechen, sich krampfhaft zusammenzog. Selbstlaute allein konnte sie gut aussprechen, Mitlauter aber gar nicht. Essen und Singen ging gut vor sich. Galvanisation des N. hypoglossus beseitigte den Zustand in 2 Monaten. Als Ursache erwähnt Sch. Hysterie oder Diphtherie und hebt die Seltenheit der Beobachtung hervor. CHIARI.

99) **J. M. Ewans. Laryngospasmus. (Laryngismus stridulus.)** *Medical Brief. St. Louis. XVI. 6. 1888.*

E. empfiehlt Jaborandi zur Behandlung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

100) **P. Masucci (Neapel). Ueber Larynxneurosen. (Sulle nevrosi laringee.)** *Giornale di Clin. Terap. etc. Februar 1888.*

Das Capitel „Larynxneurosen" dient als Thema für diese Vorlesung des Autors in seinem Cursus der Laryngologie während des Schuljahres 1887/88. M. resümirt das ganze Material. Nichts Neues. F. CARDONE.

101) **A. Fasano (Neapel). Beitrag zur Casuistik der Chorea des Larynx. (Contributo alla casuistica della corea laringea.)** *Bolletino delle malattie della gola. No. 1. Januar 1888.*

F. berichtet zwei von ihm beobachtete Fälle von Chorea des Larynx und

Natur dieser Neurose

Deutsche med. Wochen

bei einer Frau, die
von fortwährend
wurde. Heilung durch E
Bemerkungen ü
vorhandener Schwächung
Gravidität und Le
auf dasjenige Cen
gegebenen pathologis
B.

Hustens von ein
No. 23. 1888.

über den Sti
der Bronchien
folgenden Ein
dagegen die Bronchi
Husten für die Par
für die Bron

erregenden Mittel f
Kehlkopfcatarrh den Hust
Husten den schädlic
hier das Narcotic
Ausfälle auf Stypt
enthält der Au

Deutsches Archiv für

erregt werden kön
bis jetzt nicht ge
Stübing hält die
ein sehr seltenes Vor
nach um Mage
auf die Cardia de
Husten nach Beseiti

Philadelphia

wird allge
seines Entstehens noch zw

Reizzustände des Magens, besonders der peripheren sensiblen Nerven, prädisponiren unzweifelhaft hierzu und wenn der Patient hysterisch veranlagt ist, so ist die Diagnose leichter zu stellen.

Fälle der Art sind keineswegs selten und es scheint, dass viele Fälle von Husten, die so behandelt werden, als ob das Phänomen respiratorischen Ursprungs wäre und welche bei der gewöhnlichen Behandlung nicht heilen, von gastrischen Störungen abhängig sind.

Sicherlich sieht jeder Arzt beständig solche Fälle, bei denen die physicalischen Zeichen keineswegs so bedeutend sind, dass sie einen schweren Husten erzeugen können, und bei denen es wahrscheinlich ist, dass die spärlichen bronchitischen Rasselgeräusche mehr die Folge, als die Entstehungsursache des Hustens sind. LEFFERTS.

106) **Widowitz** (Graz). **Zur Behandlung des Keuchhustens.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 17. 1888.*

W. geht von der Ansicht aus, dass der Keuchhusten in einer localen Mycose der Respirationsschleimhaut bestehe und dass die Pilze nur auf der Schleimhaut wuchern. Die Naturheilung erfolgt dadurch, dass diese Pilze mit dem reichlicher werdenden Secrete nach und nach entfernt werden. W. giebt nun nach dem Vorschlage Vetter's (La Semaine méd. 1886. p. 321) Oxym. Scill. Abends alle 10 Min. Kaffeelöffelweise und zwar 3—6 Kaffeelöffel je nach dem Alter des Kindes. Diese Dosis ruft eine reichliche Schleimabsonderung und starken Husten hervor und beschleunigt so die Entfernung der Pilze. In den ersten 2 Tagen wird der Husten oft heftiger, bald aber nimmt die Zahl der Anfälle ab, ohne dass die Dauer des Keuchhustens abgekürzt würde. Von 149 so behandelten Kranken zeigten über 100 bedeutende Erleichterung. Einblasungen in die Nase, Antipyrin und Chinin hatten meist keine so gute Wirkung. Intoxicationen mit Scilla wurden nie beobachtet, obwohl es manche Kinder durch 14 Tage täglich nahmen. CHIARI.

107) **W. O'Neall. Keuchhusten. (Whooping cough.)** *Med. Register. Philadelphia, 7. März 1888.*

Behandlung von 50 Fällen mit innerlicher Darreichung von Carbolsäure. Erfolg befriedigend. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

108) **Davezac. Stickhusten und Carbolinhalationen. (Coqueluche et pulvérisations phéniquées.)** *Soc. de méd. de Bordeaux. 25. Mai 1888.*

D. berichtet eine Beobachtung bei einem 5jährigen Kinde, welches durch dieses Mittel geheilt wurde, nachdem es sich abwechselnd gebessert und verschlechtert hatte. E. J. MOURE.

109) **W. P. Swett. Einblasungen von Chinin beim Keuchhusten. (Insufflations of quinine in whooping cough.)** *New-York Med. Record. 7. Januar 1888.*

S. berichtet über 30 Fälle, sämmtlich bei Kindern unter 10 Jahren, bei denen eine positive unmittelbare Wendung zum Besseren eintrat, wenn man am ersten Tage Morgens und Abends Einblasungen machte. Stets traten weniger Anfälle, sowohl bei Tage, wie des Nachts auf; Schlaf und Appetit besserten sich und die Nahrung wurde vom ersten Tage an in jedem einzelnen Fall zurück-

behalten. Die Trennung der Patienten von einander über Hörweite hinaus unterstützte sehr wesentlich die Behandlung. LEFFERTS.

110) **C. Macalister. Notiz, betreffend die Anwendung reinen Benzols zur Behandlung des Keuchhustens. (Note concerning the use of pure benzol in the treatment of whooping cough.)** *Liverpool Medico-Chir. Journal. Januar 1888.*

Eine bescheiden geschriebene Abhandlung, welche Benzol (in Dosen von 0,12—0,36) gegen Keuchhusten empfiehlt und günstige Resultate nach seinem Gebrauch mittheilt. M'BRIDE.

111) **J. B. Johnson. Thymus vulgaris zur Behandlung des Keuchhustens. (Thymus vulgaris in the treatment of whooping cough.)** *Medical and Surgical Reporter. LXVIII. 11. 1888.*

J. hält dies für ein Heilmittel par excellence. Er giebt es als Abkochung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

112) **v. Genser** (Wien). **Zur Pathologie und Therapie des Keuchhustens.** Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Aerzte am 6. April 1888. *Wiener klin. Wochenschrift. No. 2. 1888.*

G. erwähnt des von Afanassiew nachgewiesenen Pilzes und bespricht die Unhaltbarkeit der Coesfeld'schen Ansicht, dass der Keuchhusten nur durch Nachahmung entstehe und dass deshalb Taubstumme nie daran erkranken. G. hat sich nämlich überzeugt, dass taubstumme Kinder auch an Keuchhusten leiden. Nach kurzer Besprechung der gewöhnlichen Therapeutica geht G. auf die Einblasungen in die Nase und auf die Antipyrinbehandlung über.

G. blies Pulv. Resinae Benzoes bei 36 Kindern ein, ohne einen Erfolg zu erzielen. Dagegen hat er bei 120 Fällen durch Antipyrinmedication recht gute Erfolge erreicht; er verabreichte als Anfangsdosis pro die so viele Decigramme, als das Kind Jahre zählte, stieg aber später auf das $1^1/_2$fache dieser Gabe. G. betrachtet das Antipyrin als Sedativum. Die übrige Therapie bestand in Sorge für reine Luft und Kräftigung. Mit dem Antifebrin macht G. noch Versuche. CHIARI.

113) **J. C. Griffith. Bemerkungen über die Behandlung des Keuchhustens mit Antipyrin. (Notes on the treatment of whooping cough with antipyrin.)** *Therapeutic Gazette. 15. Februar 1888.*

G. wandte nach dem Vorgang von Sonnenberger (Deutsche Med. Wochenschrift. 1888. S. 280) Antipyrin in 15 Fällen mit gutem Erfolge an. Das Mittel ist sehr wirksam, wenn es frühzeitig bei dieser Krankheit gegeben wird. Er verordnete 0,12—0,24 zwei bis drei Mal täglich oder alle 3 Stunden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

114) **Posthuma** (Amsterdam). **Schwefelräucherungen bei Keuchhusten. (Goede gevolgen von berooking der Kamer met Zwavel bij Kuikhoest.)** *Nederlandsche Maatschappy tot Bevoordering der Geneeskunst. Verslag van de Werkzaamheden der Afdeelingen in 1887. — Weekblad van het Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde. No. 25. 1888.*

Der Titel bezeichnet den Inhalt. BAYER.

115) **R. S. Thomson. Acidum nitricum, Ergotin und Chloralhydrat zur Behandlung des Keuchhustens. (The use of nitric acid, ergot and chloral hydrate in the treatment of whooping cough.)** *Glasgow Med. Journal. Mai 1888.*

Die Beobachtungen des Verf.'s scheinen für die Werthlosigkeit dieser Mittel zu sprechen. Die Arbeit wurde der Glasgow Medico-Chirurgical Society vorgelesen und gab zu einer lebhaften Discussion Anlass, ohne dass jedoch etwas Neues vorgebracht wurde. M'BRIDE.

116) **L. Hendrix** (Brüssel). **Dreifache Ansteckung auf einmal: Keuchhusten, Diphtheritis und Varicellen. Heilung. (Triple infection, simultanée: Coqueluche, diphthérie et varicelle. Guérison.)** *Journal de Méd., de Chirurg. et de Pharmacol. No. 10. 1888.*

Der Titel bezeichnet den Inhalt. BAYER.

117) **L. Sexton. Aetiologie, Pathologie und Therapie des Pseudocroup, Laryngospasmus oder Laryngismus stridulus. (Etiology, pathology and treatment of pseudocroup, spasm of the glottis or laryngismus stridulus.)** *Medical Brief. St. Louis. März 1888.*

Nichts Neues. S. glaubt, dass die Behandlung oft unnöthigerweise eine active ist. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

118) **C. Corradi. Nervöse Aphonie. (L'afonia nervosa.)** *Rivis. venet. di S. med. 1888.*

In einem Bericht über zwei von ihm beobachtete Fälle dieser Art in Folge von Larynxparalyse beschreibt C. die von ihm modificirten Electroden behufs endolaryngealer Electrisirung. Neben dieser Behandlung empfiehlt er zugleich hypodermatische Injectionen von Strychnin. sulfuricum. CARDONE.

119) **Percy Kidd** (London). **Complete doppelseitige Stimmbandlähmung als Resultat acuter Laryngitis. Genesung. (Complete bilateral paralysis of the vocal cords, the result of acute laryngitis. Recovery.)** *Brit. Med. Journal. 19. Mai 1888.*

In der Sitzung der Clinical Society of London vom 11. Mai 1888 verlas K. die Beschreibung eines Falles acut entstandener, completer doppelseitiger Stimmbandlähmung mit Aphonie und inspiratorischer Dyspnoë bei einer 37jährigen schwächlichen, an chronischer Bronchitis leidenden Frau. Die Kehlkopfschleimhaut war tief injicirt und stark geschwollen (daher wohl die Dyspnoë. Ref.); beide Stimmbänder standen unbeweglich in der sogenannten Cadaverstellung. Unter dem Einflusse vollständiger Ruhe des Stimmorgans und von innerlichem und äusserlichem Eisgebrauche trat in kurzer Zeit völlige Genesung ein, doch war es sehr bemerkenswerth, dass sich die Glottisschliesser vor den Erweiterern erholten. Die motorische Störung wurde als Lähmung in Folge entzündlicher Infiltration der intramusculären Nervenenden und der Muskelfasern aufgefasst und in ganz ausgezeichneter Weise mechanische Bewegungshemmung (Affection der Cricoarytaenoidgelenke etc.) ausgeschlossen. Die betreffende Motivirung sollte seinerzeit von jedem Interessenten in den Transactions der Clinical Society studirt werden. — In der Discussion erklärte der Referent, dass er in sehr



der doppelseitigen Lähm
sei. Die Diagnose „
ein Pons asinorum, und s
diesen Fällen eine organische
lässt) Läsion als Ursache der Lä
lichkeit einer rheumatischen Re
einer rheumatischen Facialislä
nannten Nerven erkläre wahrschein
des ersteren. Was den in Rede st
Reihenfolge der Erscheinungen entschie
so weit ihm bekannt, sei dies der erste F
scher Stimmbandlähmung. Die Gründe,
einer Gelenkaffection oder ähnlicher mech
vorgebracht habe, seien für ihn überzeugend.
dass die Ausführungen ...'s so völlig die Ansch
verschiedener Arbeiten Ausdruck verliehen h
Abschnitt der ersten ...'s, den principiell wic
Angaben im Betreff der ..., und es sei daher noc
auf das Original verweisen. Ref. — Der Vortragend
seine Freude darüber aus, dass seine Diagnose keine O
worden sei. SE

(Neapel). **Einige Bemerkungen über den Ausdruck La... (Alcune riflessioni sul significato della parola crisi lari...**
Archiv. Ital. di Laringolog. Januar 1888.

Gelegenheit eines von Dr. Felici in der Aprilnummer 1887 de
Laryngologia veröffentlichten Artikels über „Paralyse und Lar
der Autor, dass das Wort „Krise“ unzweckmässig se
bei der Tabes zu bezeichnen. Er schlägt das Wort „
„Larynxkrampf un
bei Tabes. F. CA

der Aorta. (Aneurism of th

sich ein Fall unter
„Aneurysma des Quer
Lähmung d
über dem Manubr. st
zunehmende Sch
Lunge“. Das afficirte S
Adduction und Abduct

Aneurysma aortae. *Correspondenz*

Theil in Folge von Strum

exstirpation, vorübergehende Erleichterung. Januar 1888 hochgradige Stenose, am 23. Januar Tracheotomie, tiefe Einführung der König'schen Canülen, Erleichterung. Pulsation im 2. Intercostalraum neben dem Struma. Am 26. Januar Exitus mit rechtsseitiger Pneumonie.

Die Section ergiebt, dass das eine Aneurysma 3 Ctm. über den Semilunarklappen an der vorderen, das andere an der hinteren Circumferenz des Gefässes sitzt und die Trachea 2 Ctm. über der Bifurcation zusammengedrückt wird. An dieser Stelle führen zwei durch die Canülen entstandene Decubitusgeschwüre direct in die Höhle des hinteren comprimirenden Aneurysma's, welches mit festen Gerinnselmassen ausgefüllt ist. — Es wird hervorgehoben, dass vor der Kropfexstirpation die Diagnose der Aneurysmen unmöglich war, dass trotz des heftigen Hustens bei bestehender Perforation der Trachea und Usur der Aneurysmawand niemals eine Blutung erfolgte; endlich, dass Pat. trotz ihrer Aneurysmen eine Kropfexstirpation von bedeutender Ausdehnung leicht vertrug. — War vielleicht die stärkere Entwickelung der Aneurysmen vorher durch die Struma verhindert worden?

JONQUIÈRE.

123) **J. O'Dwyer. Intubationsröhren. (Intubation tubes.)** *New-York Medical Journal. XLVII. 26.*

Das einstimmige Zeugniss der Operateure, welche oft die Tracheotomie vorgenommen haben, ist zu Gunsten von Canülen weiten Calibers, und O'Dwyer wandte auch bei seinen ersten Versuchen Röhren von demselben Umfang, wie sie für die Trachea gebraucht werden, an. Er wählte jedoch eine ovale oder elliptische Form anstatt der cylindrischen, um eine Verletzung der Stimmbänder zu vermeiden.

In dem Falle, den er bespricht, war Raum genug in der Glottis und Trachea für Röhren von dieser Grösse und Gestalt. In Folge der sanduhrartigen Verengerung jedoch, welche gerade unterhalb der Stimmbänder existirte, entstand durch die ganze Dicke der Schleimhaut jedesmal ein Geschwür, sobald die Röhre längere Zeit liegen gelassen wurde. Um dem abzuhelfen, wurde der Längsdurchmesser der Röhre auf Kosten des Lumens verkleinert, und zur Zeit ist das Caliber der Röhre wahrscheinlich weniger als halb so gross wie das ursprüngliche. Wenn es sich jedoch zeigen sollte, dass eine grössere Oeffnung bessere Resultate ergiebt, dann könnte man dies wahrscheinlich ohne Verletzung der Stimmbänder dadurch erreichen, dass man den Querdurchmesser und den von vorn nach hinten vergrössert. O'Dwyer meint indess, dass dies nicht nöthig sein wird. Ein anderer Grund für Röhren kleinen Calibers ist der, dass, je grösser die Oeffnung ist, desto schwieriger die Expectoration beim Husten wird. Denn der Husten durch eine Canüle ist gleichbedeutend mit dem Husten durch eine theilweise geöffnete Glottis, d. h. der Process der Luftverdichtung hinter dem Hinderniss, das ausgehustet werden soll, wird sehr erschwert.

Wenn irgendwelche Athemnoth nach der Intubation bestehen bleibt, oder die Respiration häufiger als normal ist, dann beweist dies das Bestehen irgendwelcher Complication, oder die Ausbreitung der Krankheit unterhalb der Röhre.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).



… zur Tracheotomie. (Chloroforme dans la … 6. Juni 1888.

… einem Patienten, der in der Narcose operirt … eingedrungen und hatte eine tödtliche … dabei um einen Erwachsenen. … des Cloroforms vor. E. J. MOURE

… Ueber Tracheotomiecanülen. (On tracheo- …

… illustrirten Arbeit die Vortheile und Nach- … gebräuchlichen Canülen. Er spricht sich … Form aus, welche, wie eine Nachfrage … am meisten angewandt wird. Er selbst … ham vor, die ein bewegliches Schild hat, … verkürzt werden kann. Er empfiehlt, schon … nach Baker's Modell einzuführen.

A. E. GARROD.

… Unzweckmässigkeit der silbernen Canülen bei … of silver tubes for tracheotomy.) Ab- … April 1888.

… Fall eines Patienten, welcher 2 Jahre lang be- … hatte, zu Grunde. Dieselbe war in ausge- … reines Netzwerk mit vielen scharfen Spitzen

… durch die allmälige Umwandlung des Silbers in … der animalischen Flüssigkeiten und die nach- … Chlorids durch die alkalischen Secrete. … welche eine … Katze einen Monat … dieser Zeit 0,282 pCt. ihres Totalgewichts verloren. … zu zeigen, welche schädliche Wirkungen diese … auf den Organismus haben kann und empfiehlt … als die passendsten Substanzen für solche Canülen. … lassen, welche solche Canülen sich nicht beschaffen. … Elfenbein anzuwenden wären.

A. E. GARROD.

… Tracheotomie ohne Canüle. (Tracheotomy without … Record, 2 Juni 1888.

… Behandlung Erwachsener keine Canüle, sondern hält die … Bleidraht, der rings um den Hals geht, offen. … werden, dass man … die Gefässe vermeidet und, … in beiden Seiten des … einen Seidenfaden zieht, … und den Rand der … beiderseits hindurch- … man die Oeffnung …

… langen Silberdraht … durch die Haut und Trachea … genügend … um die Hautränder in dichtem … der Oeffnung … zu halten.

Um den Druck auf die Gefässe zu vermeiden, bringt er auf jeder Seite des Halses zwei Korken mit tiefen Einschnitten an. Nachdem der Draht auf dieselben gelegt worden ist und die Wundränder genügend auseinandergezogen worden sind, werden die Drahtenden im Genick zusammengebunden.

Verf. glaubt, dass ein guter Chirurg relativ leicht eine frühzeitige Vereinigung zwischen den Hauträndern und der Trachealschleimhaut erzielen und gleichzeitig die nothwendige Oeffnung in den Luftwegen erhalten wird.

Die Details der Methode. mit welcher er dieses Resultat erzielt zu haben behauptet, finden sich in dem Originalartikel. LEFFERTS.

128) **C. R. Marshall. Ein Fall von durch Schwellung der Schilddrüse bedingter Trachealstenose. (A case of enlarged thyroid producing tracheal stenosis.)** *New-York Med. Journal. XLVIII. 1.*

Patient, 65 Jahre alt, war anscheinend, bis auf eine geringe Dyspnoe, gesund. Die Stenose wurde verschiedentlich einem Aneurysma und dem Verschluss des rechten Bronchus zugeschrieben. Es bestand keine Prominenz am Hals. Bei der Autopsie fand man, dass das Herz hypertrophisch, aber sonst normal war. Es wog $1^1/_4$ Pfd. Die Trachea war fest zwischen den Lappen der enorm hypertrophischen Schilddrüse comprimirt, welche hinter dem Stamm lag und sich aufwärts bis zum oberen Rand des Schildknorpels, abwärts bis zur Bifurcation der Trachea erstreckte. Die Schilddrüse wog $1^1/_2$ Pfd. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

129) **Leube** (Würzburg). **Bemerkungen über einen Fall von Sarcom der Pleura.** Vortrag in der Würzburger phys. med. Gesellschaft am 5. November 1887. Auszug aus den Sitzungsberichten dieser Gesellschaft von 1887, *Wiener med. Blätter. No. 1. 1888.*

Uns interessirt nur, dass die auf der gesunden Seite bestehende Stimmbandlähmung auf eine Compression des Nervus recurrens durch eine verkalkte Drüse zurückzuführen war, deren Veränderung mit dem Sarcom in keinem nachweisbaren Zusammenhange stand. CHIARI.

f. Schilddrüse.

130) **J. C. Worthington** (Colorado). **Angeborener Kropf. (Congenital goitre.)** *Lancet. 5. Mai 1888.*

M. beschreibt die erfolgreiche Behandlung eines angeborenen Kropfes durch Einreibung einer Salbe von Hydrarg. bijod.. welche die Geschwulst am Hals des Kindes in ein oder zwei Tagen zum Schwinden brachte. Das Kind war 4 Monate alt. Der Tumor hatte bei der Geburt die Grösse eines Hühnereies. Das Kind, jetzt 5 Jahre alt, blieb gesund. A. E. GARROD.

131) **A. Berti (Modena). Dritter Fall von Cystenkropf. (Un terzo caso di gozzo cistico.)** *Rassegna di Sc. Med. Mai 1888.*

Frau von 18 Jahren mit einem Tumor von der Grösse eines Puteneies, welcher die Trachea comprimirte. Partielle Exstirpation der Schilddrüse. Heilung. CARDONE.

124) ...
tra...

wo...
Pne...

125) ...
tom...

theil...
sehr ...
bei de...
zieht ...
wodur...
nach ...

126) ...
der Tr...
gekur...
Z...
ständig ...
dehnter ...
reducirt ...
Z. ...
das Chlor...
folgende ...
Ein...
lang getr...
Z. ...
Absorption...
Gold, Plat...
während ...
können, ...

127) Thom...
canula ...
E. ...
Wunde ...
Dieser kan...
indem ma...
welcher d...
geführt ...
E. ...
geführt, ...
Contact ...

135) **Affleck** (Edinburgh). **Myxoedem. (Myxoedema.)** *Edinburgh Medical Journal. April 1888.*

A. zeigte 4 Photographien vor, welche die durch die Behandlung erzielte Besserung der Patienten erläuterten. Die Behandlung bestand in Eisen, Arsenik und täglichen heissen Bädern. Die Temperatur wurde alle 4 Stunden, Tag und Nacht, gemessen. Sie erhob sich jedoch niemals zur Norm, noch war sie durch die heissen Bäder erhöht. Arsenik und Eisen bewirkten eine Vermehrung der Blutkörperchen. Von der Schilddrüse war keine Spur zu fühlen. M'BRIDE.

136) **Hirsch** (Königsberg i. Pr.). **Ein Fall von Myxoedem.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 10. S. 195. 1888.*

Die Patientin, die H. vorher bekannt war, wurde von ihm 7 Jahre lang beobachtet. H. beschreibt die Entwickelung des Leidens mit aller Genauigkeit. Mikroscopische Untersuchung excidirter Hautstücke. Das Fehlen der Thyreoidea wurde an der Leiche constatirt. B. FRAENKEL.

137) **Edmund Owen** (London). **Sporadischer Cretinismus. (Sporadic cretinism.)** *Brit. Med. Journal. 21. Januar 1888.*

O. zeigte am 5. Januar 1888 der Harveian Society of London einen typischen Fall des Leidens bei einem $5^1/_2$jährigen Kinde. Von der Schilddrüse war keine Spur zu entdecken. O. selbst besprach die Bedeutung der Schilddrüse für Cretinismus und Myxoedem und in der Discussion wiederholte Horsley seine in dieser Beziehung früher gemachten und im Centralblatt (II. 37) bekannt gegebenen Ansichten und Erfahrungen. SEMON.

138) **W. B. Hadden** (London). **Fall von sporadischem Cretinismus. (Case of sporadic cretinism.)** *Brit. Med. Journal. 28. Januar 1888.*

Das Bemerkenswertheste an dem Falle eines 3jährigen Cretins, welcher der Med. Society of London am 23. Januar 1888 gezeigt wurde, war der Umstand, dass das Kind ein Bluter war und mütterlicherseits von einer hämophilen Familie abstammte. H. macht darauf aufmerksam, dass Neigung zu Blutungen sich neuerdings auch als characteristisches Symptom des Myxoedems herausgestellt habe. SEMON.

g. Oesophagus.

139) **B. D. Foster. Hysterischer Oesophaguskrampf des Oesophagus bei einem jungen Kinde. (Hysterical spasm of the oesophagus in a young child.)** *New-York Med. Record. XXXIV. 3.*

Patient war 10 Jahre alt und gehörte einer nervösen Familie an. Es wurde unmittelbare Besserung durch das Einstechen einer hypodermatischen Nadel erzielt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

140) **D. H. Cullimore** (London). **Fälle von vermuthetem Verschlingen von Fremdkörpern. (Cases of supposed swallowing of foreign bodies.)** *Med. Press and Circular. 1. Februar 1888.*

C. erwähnt u. a. den Fall eines 38jährigen Mannes, welcher in dem falschen Glauben sich befand, dass er ein künstliches Gebiss verschlungen habe.

A. E. GARROD.

...körper im Oesophagus. (**Foreign bodies** in the ...

... April 1888.

... Section der Irish Royal Academy ... ...ten. In dem ersten versuchte ... wurde todt ins Hospital ge... Fleisch im Halse stecken. Patient ... geführt wurde. Hierauf kehrte er ... Hals nebst Gesicht wurden emphy... Hospital mit Athemnoth und Schling... zu untersuchen, verursachte so ... und noch an demselben Tage die ... Morgen sagte der Patient, dass das ... gut schlucken konnte. Er starb ... fand man, dass der Oesophagus ... Knochen, an welchem ein Stück ... vordere als auch die hintere Wand ... hatten sich Flüssigkeiten frei ... betonte, dass man bei der ... gegangen war.

... beteiligten sich Tobin, Wheeler, ... Peligne-Molony und Stoker ... eigene Erfahrung bei ähnlicher ...

P. M'BRIDE.

... **Fremdkörper des Oesophagus.** (Corps ... 1888.

... Angers) den Fall einer Frau, die ... von den Zahnreihen entfernt, sich ... Sache vergeblich waren, so ... Verneuil; es war ... Die Patientin brachte ... ...tionsversuche auf, und mit ... liess man die Patientin ein ...

... Korb hinab, welcher ... konnte. S. liess nunmehr ... was nicht entfernt worden war, ... Knochen kräftig nach unten ... Höhe zog.

... Widerstand überwunden; der Korb ... Höhe gebracht. E. J. MOURE.

... **Fremdkörper des Oesophagus.** (Corps ... 1888.

... in den Oesophagus, ohne dass ... communis durch die sehr schar... ...tung. E. J. MOURE.

144) **H. G. Barling** (Birmingham). **Einfache Strictur des Oesophagus. (Simple stricture of the oesophagus.)** Sitzung der Birmingham Section der Brit. Med. Assoc. *Brit. Med. Journal. 17. März 1888.*

Patient, ein 60jähriger Mann, litt seit vier Monaten an Schmerzen und Schluckbeschwerden. Nach einem heftigen Anfall von Schmerzen beim Schlucken starb er plötzlich. Anamnestisch war weder Syphilis, noch eine Verletzung oder Verschlucken von ätzenden Flüssigkeiten festzustellen. Die Strictur sass dicht an der Cardia und umgab ringförmig den Oesophagus; sie war etwa $^3/_4$'' tief. Es bestand eine geringe Zerstörung der Schleimhaut und deutliche Verdickung der Aussenwand am Sitz der Strictur. Mikroskopisch zeigte sich einfach entzündliches Gewebe ohne Schwellung der Mediastinaldrüsen. A. E. GARROD.

145) **Thomas P. Davis. Allmälige Erweiterung der Oesophagusstricturen. (Gradual dilatation of oesophageal strictures.)** *New-York Med. Record. 19. Mai 1888.*

Der Autor berichtet mehrere Fälle von Oesophagusstricturen durch Verschlucken von Lauge. Er empfiehlt nachdrücklich die frühzeitige und sehr allmälig vorschreitende Erweiterung. Ebenso räth er, Massregeln zu treffen, um den freien Gebrauch der concentrirten Lauge zu unterdrücken, die so viele Todesfälle durch zufälliges Verschlucken dieses Aetzmittels verschuldet. LEFFERTS.

146) **L. Leyden** und **Renvers. Ueber die Behandlung carcinomatöser Oesophagusstrictur.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 50. 1887.*

Beschreibung zweier Fälle, in denen bei Oesophagusstrictur nach dem Vorschlage von Symonds Dauercanülen mit gutem Erfolg für die Ernährung eingelegt wurden. In Bezug auf die Beschreibung des verbesserten Apparats und seines Gebrauchs muss auf das Original verwiesen werden. B. FRAENKEL.

147) **Renvers** und **Waetzoldt** (Berlin). **Zur Behandlung der Oesophagusstricturen mittelst Dauercanülen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 15. S. 289. 1888.*

Die Verff. machen Mittheilung über die seit Leyden's und Renvers' Publication auf der ersten medicinischen Klinik zu Berlin, an welcher sie Assistenten sind, mit Dauercanülen bei Oesophagusstricturen erzielten Resultate: In dem einen früher beschriebenen Fall hat die Canüle mit kurzen Unterbrechungen 7 Monate gelegen, ohne üble Zufälle hervorzurufen. So lange sie lag, war die Ernährung eine ausreichende; jedesmal nach ihrer Entfernung traten bald die Stenosenerscheinungen und Verringerung des Körpergewichts ein. Von den 5 neuen Fällen von Oesophagusstricturen, die der Klinik zugingen, eigneten sich nur 2 für die Canülenbehandlung. In diesen wurde mit denselben Erfolg erzielt. Von besonderem Interesse ist die Fortsetzung der Krankengeschichte des zweiten schon früher mitgetheilten Falles. Derselbe ging an Nephritis calculosa zu Grunde, nachdem die Canüle 10 Monate lang ununterbrochen gelegen hatte. Die Section zeigte, dass sie den Speiseweg dauernd offen erhalten hatte, ohne irgend welche übele Erscheinungen hervorzurufen. Das „ringförmige, carcinomatöse Geschwür", in welchem sie lag, war sogar in dieser langen Zeit nur sehr wenig gewachsen. Die Verff. betonen besonders, dass es durch diese Methode gelingt, bei einiger Energie auf Seiten des Patienten durch flüssige und breiförmige Speisen die

141) **Thomson** (Dublin). **Fremdkörper im Oesoph**[illegible] **oesophagus.)** *Dublin Journal of Med. Science* [illegible]

Die Arbeit wurde in der chirurgischen Sect[illegible] Medicine verlesen. Es werden zwei Fälle beschr[illegible] Patient 1/4 Pfund Rindfleisch zu verschlucken [illegible] bracht. In dem zweiten fühlte man ein Stück Fl[illegible] ging in ein Krankenhaus, wo eine Sonde ein[illegible] nach Hause zurück, hatte Schmerzen und sein [illegible] sematös. Er wurde in das Richmond-Hospi[illegible] beschwerden aufgenommen. Ein Versuch, [illegible] heftigen Krampf, dass man davon absteh[illegible] Tracheotomie machen musste. Am nächsten [illegible] Stück Fleisch abwärts gegangen sei, und [illegible] jedoch an demselben Abend. — Bei der Au[illegible] gerade gegenüber dem Ringknorpel von [illegible] Fleisch hing, durchbohrt war. Sowohl [illegible] waren perforirt, und durch die hintere [illegible] das Mediastinum posticum ergossen. [illegible] Untersuchung des Oesophagus behutsam [illegible]

An der darauf folgenden Discussion [illegible] Myles, Corley, Sir W. Stokes, [illegible] Die Redner berichteten hauptsächlich [illegible] Fällen.

142) **Verneuil** und **Suarez de Mend**[illegible] **étranger de l'oesophage.)** *Academ*[illegible]

Verneuil verlas im Namen [illegible] einen Knochen verschluckt hatte, [illegible] festgesetzt hatte. Da mehrere [illegible] Suarez seine Zuflucht zum Dilit[illegible] unmöglich, den Graefe'schen K[illegible] Tage ohne Nahrung zu. Man [illegible] einer über das Leitbougie gef[illegible] Liter Milch und einige Eier zu [illegible]

Am anderen Morgen [illegible] Knochen fasste, ihn jedoch [illegible] Korb an Ort und Stelle, führ[illegible] die kleine Olive von Vern[illegible] während er mit der andere[illegible]

Nach einigen Versuchen [illegible] Sonde, das Bougie und de[illegible]

143) **Bazy** (Klinik von [illegible] **étranger de l'oesophag**[illegible]

Ein Knochenstück [illegible] der Patient es bemerkt[illegible] Spitze des Fremdkörp[illegible]

…sophagotomie. (Oesophagotomy.) *Dublin Journ.*

… bei dem die Operation behufs Entfernung eines …en musste. Dasselbe hat den Oesophagus fast … Carotis zu erodiren. M'BRIDE.

…eitrag zur Gastrostomie wegen Strictur des Oeso…elioms. (Contributo alla gastrotomia per restrin…ma.) 5. Congress der Société Ital. de Chirurgie etc. … *1888*.

…operirte Fälle, von denen 1 an Inanition, 1 nach …eben (eine Frau, seit 4 Monaten operirt; ein Mann …rer seit 12 Tagen).

…pecielle Form der Naht und die Ernährung durch eine …operiren, wenn die Nahrung noch den Oesophagus …rst die Naht anlegen und einige Tage die Ernährung …rgen; nachher ist der Magen zu incidiren. CARDONE.

…ritiken und Besprechungen.

…oskau). **Erfahrungen über Krankheiten des Halses, der Nase … Sametki po bolesnjam gorla, noso i uha.)** Moskau, 1888.

…ng sagt Verf., dieses Büchlein sei für das Publicum bestimmt … man eine Art populärer Schrift vor sich zu haben. Jedoch …sten Seiten stellt Verf. an den Laien Anforderungen, welche …en Arzt stellen darf.

… den ersten Abschnitt, über die Krankheiten des Gehörorgans …ginnen gleich mit den Krankheiten der Nase. Verf. empfiehlt … Behandlung der Rhinitis acuta Einblasungen von Arg. nitric, …toffe, die doch nur auf ärztliche Verordnung angewandt werden … fügt Verf. bei jeder Krankheit eine sehr grosse Anzahl von … die Auswahl derselben dem Leser überlassend. Die Behandlung …ngen der Highmorshöhle ist nach Verf. sehr einfach, — man stösst …ocart zwischen die oberen Backenzähne in die Highmorshöhle und …üssigkeit aus derselben. Die Galvanocaustik verwirft der Verf. bei …ng der Rhinitis chronica, weil dieselbe reizt und die Drüsen der … zu Atrophie bringt. Die Polypen der Nase dürfen nicht operirt … es nur selten gelingt, den ganzen Polypen zu entfernen, und weil … Operation häufig die untere Muschel so beschädigt wird, dass sie …anheimfällt. Sollte das dem Verfasser selbst passirt sein, so zeigt … grosser Ungeschicklichkeit. Step. ist es gelungen, Nasen-

… Verf., D. Stepanow, darf nicht mit E. Stepanow, dem Ref. der … für Ohrenheilkunde etc." verwechselt werden. Lunin.

polypen durch Einblasungen von Menthol, Morph., Cubeben mit nachfolgender Pinselung mit Alum. acet. in 2 Wochen zum Schwinden zu bringen.

Die Diphtheritis ist nach Ansicht des Verf.'s keine gefährliche Krankheit; es kommt nur auf die richtige Behandlung an. Step. theilt die Diptheritis in 3 Formen ein und hat für jede Form eine besondere Behandlungsart. Nach der Ansicht des Verf.'s ist diese Krankheit deshalb so gefährlich, weil die Aerzte mit richtigem Takt bei jeder Form das falsche Mittel anwenden. Verf. besitzt aber den Scharfblick für jede Form der Diphtheritis sofort das richtige Mittel zu finden und daher hat er auch von 300 Diphtheritiskranken keinen verloren. Wie energisch Verf. vorgeht, sieht man aus der Behandlung der dritten, d. h. der schwersten Form. Es wird der Pharynx mit 35proc. Cocainlösung ausgepinselt, darauf wird alles necrotische Gewebe ausgekratzt und die entstandene Wundfläche mit Chromsäure geätzt; dann muss der Pat. heisse Dämpfe inhaliren, damit sich schnell ein Schorf bildet. Kaum hat sich derselbe gebildet, so wird er gleich mit einer Pincette abgerissen und die Wundfläche von Neuem mit Chromsäure geätzt. Nun beginnen wiederum die Inhalationen und so fort, bis die Wundfläche von gesunden Granulationen bedeckt ist.

Aber auch jetzt hat der arme Kranke noch keine Ruhe, sondern muss sich noch häufige Pinselungen des Halses gefallen lassen. Vor Allem sei aber von Seiten des Arztes „Energie nöthig" und des armen Kranken wird dabei gar nicht gedacht, er muss sich eben seine Gesundheit durch dieses schwere Märtyrerthum erkaufen.

Bei der Angina syphilitica ohne Geschwürsbildung (entstanden durch primäre Infection durch den Mund) giebt Verf. ein sehr zuverlässiges diagnostisches Moment an. Er berührt mit der Sonde den weichen Gaumen und die hintere Pharynxwand; bekommt der Patient Würgbewegungen, so ist es eine einfache Angina, erträgt er die Berührung ohne zu würgen, so liegt eine Angina syphilitica vor. Dadurch ist es Verf. gelungen, den Beginn der Syphilis zu erkennen und durch eine einmalige Aetzung mit Arg. nitric. in Substanz und Spülungen mit Kali hypermang. den Pat. von einer Allgemeininfection zu retten. Ich glaube, diese kurzen Auszüge werden wohl genügen, um den Standpunkt zu bezeichnen, welchen Verf. als Arzt einnimmt. Fügen wir zu den schon citirten Heilresultaten der 300 Diphtheritisfälle und der Nasenpolypen noch hinzu 50 Fälle von Heilungen bösartiger Tumoren des äusseren Ohres (gleichfalls nur mit äusseren Mitteln), so glauben wir wohl nicht zu viel zu sagen, wenn wir diese Arbeit als einfache Reclame bezeichnen und deshalb dem Verf. rathen, von der angekündigten Veröffentlichung der 300 Diphtheritisfälle lieber Abstand zu nehmen. LUNIN.

b) A. C. Grönbech (Kopenhagen). **Ueber Nasenrachenpolypen, insbesondere die fibrösen. (Om naesesvaelgpolyper, saerskilt de fibröse.)** Dissertationsabhdlg. Kjöbnhavn, 1888. Lybecker & Meyer.

Verf. hat auf Basis eines eingehenden Studiums der einschlägigen Literatur, in Verbindung mit genauer Benutzung von vielen eigenen klinischen Wahrnehmungen, im ganzen 176 Fälle, im Laufe der letzten 40 Jahre aus den Hospitälern und Privatkliniken Kopenhagens gesammelt. Seine Abhandlung zählt 217 Octavseiten, davon 43 Seiten Journale.

Nachdem in der Einleitung eine kurze historische Uebersicht über die Entwickelung des Begriffes Nasenrachenpolyp gegeben und besonders die Unhaltbarkeit des Bensch'schen Ausdrucks „klinischer Nasenrachenpolyp" auseinandergesetzt worden ist, wird der Nasenrachenpolyp als ein von den Wänden des Nasenrachenraumes ausgehender Polyp definirt, und Verf. kommt dadurch natürlich dazu, ähnlich wie v. Langenbeck, die retromaxillären Geschwülste von diesem Begriffe auszuschliessen.

Was die Natur der Neubildung betrifft, findet man namentlich Fibrome und Sarcome, ebenso wie die Uebergangsformen, Fibrosarcome, Fibromyxome, seltener Myxome und Enchondrome. Von den 176 Fällen ist nur in 59 die Natur der Geschwulst mikroscopisch sichergestellt; von diesen waren 41 Fibrome.

In ätiologischer Hinsicht beweist Verf. die Unrichtigkeit der früheren Behauptung, dass Frauen nicht an Fibromen im Nasenrachenraum leiden können, denn unter den 41 Patienten waren 5 Weiber. Andererseits bestätigt er die bestehende Auffassung, dass die Geschwülste eine besondere Vorliebe für das Pubertätsalter haben, insoweit als die meisten Fibrome im Alter von 12—26 Jahren entstanden sind. Dagegen hat er andersartige Nasenrachenpolypen in allen Lebensaltern, vom Fötalleben bis zum 70. Lebensjahre angetroffen.

Als ein besonders disponirendes Moment für die Entwicklung der Fibrome giebt Verf. die lebhafte Entwicklung an, die im Pubertätsalter in den Randpartien der Pars basilaris ossis occipitis vorgeht und findet in Uebereinstimmung hiermit zahlreiche Angaben von verschiedenen Verfassern, dass die Fibrome eine mehr oder weniger laterale Insertionsstelle im Dache des Nasenrachenraumes gehabt haben. Dagegen vermag Verf. nicht zu erklären, weshalb die Männer mehr als die Weiber disponirt sind.

In pathologisch-anatomischer Hinsicht sind namentlich des Verf.'s Wahrnehmungen über die Verhältnisse der Blutbahnen interessant. Denn abgesehen davon, dass die Geschwülste ausserordentlich gefässreich sind, hat er die Gegenwart von oft sehr grossen und zahlreichen Capillaren ganz aussen, unmittelbar unter dem Epithel, constatirt, während man in der Tiefe einen geradezu cavernösen Bau antrifft. Ein solches Arrangement der Blutbahnen erklärt die starken anhaltenden spontanen Blutungen, an denen diese Patienten leiden, indem die oberflächlichen Blutbahnen durch die unbedeutendsten Ursachen bersten können.

Nachdem die Symptomatologie der Geschwülste besprochen ist, wird die Frage hinsichtlich der Möglichkeit, klinisch eine Diagnose über die intracranielle Ausbreitung des Tumors zu stellen, näher discutirt und verneinend beantwortet. Man hat Fälle gefunden, die, obgleich von ausgesprochenen cerebralen Symptomen begleitet, doch nicht von Eindringen der Geschwulst in die Höhle des Craniums begleitet waren; und umgekehrt hat man ganz kleine Nasenrachenpolypen gefunden, welche die Decke des Nesenrachenraumes durchbrochen haben und ins Gehirngewebe eingewachsen sind.

Unter den Symptomen werden besonders die häufigen Blutungen genannt, und die Gefahr der Complication mit Fettdegeneration des Herzens bei eventueller Operation, welche leicht verhängnissvoll werden kann.

Nachdem den Diagnosen, besonders der Differentialdiagnose zwischen Nasen-

rachenpolypen auf der einen Seite und Nasenpolypen und den retromaxillären Polypen auf der anderen ein besonderes Capitel gewidmet ist, kommen wir endlich zum Hauptabschnitt der Arbeit.

Die Therapie: Eine kurzgefasste historische Uebersicht über die Grundprincipien der verschiedenen Richtungen, welche sich im Laufe der Zeit bei der Behandlung von Nasenrachenpolypen geltend gemacht, bildet die Einleitung. Darnach wird behandelt:

1. Die indirecte Operationsmethode, worunter a) Präliminäroperationen, b) Entfernung des Tumors und c) Nachbehandlung besonders besprochen werden. Als Resultat der indirecten Operationsmethode findet Verf. unter den hier gemachten Erfahrungen, dass 50 pCt. (unter 17 Fällen) starben oder recidivirten, während 40 pCt. der Pat. mit unvollständig entfernten Geschwülsten das Hospital verliessen.

Unter den 2) directen Operationsmethoden wird genannt: a) Cauterium actuale, b) C. potentiale, c) Evulsion, d) Zerquetschung, e) Excision, f) Bagination. g) Ligatur, h) Ecrasement und i) Electrolyse.

Der Referent theilt im Ganzen die Ansicht des Verf.'s, was die Ueberlegenheit der Galvanokaustik über die anderen directen Methoden betrifft. Man ist durch diese im Stande, in den meisten Fällen selbst die grössten und gefährlichsten Nasenrachenpolypen sicher und gefahrlos anzugreifen, und mit viel grösserer Aussicht auf ein definitives Resultat als bei den blutigen Methoden. Eine Zusammenstellung der blutigen und galvanokaustischen Methode bei demselben Patienten, wie sie auf Seite 137 gemacht wird, ist in dieser Hinsicht sehr instructiv. Man sehe auch Fall 31, in dem der Patient an demselben Tage, wo eine grosse Geschwulst mit galvanokaustischer Schlinge entfernt worden, nach Hause reiste. Dass die Grösse der Geschwulst an und für sich ein Hinderniss für das Anlegen der (galvanokaustischen) Schlinge sein sollte (pag. 108), darin ist der Referent nicht ganz mit dem Verf. einig. Ehe die Geschwulst eine solche Dimension erreicht, wird gewiss ein operativer Eingriff nöthig sein. Dagegen ist es ein unbestreitbares Factum, dass namentlich stark lateral sitzende, vom Processus pterygoideus ausgehende Polypen dem Operateur fast unüberwindliche Schwierigkeiten beim Anlegen der Schlinge verursachen können; aber es ist der Sitz derselben, nicht die Grösse, welcher die Hindernisse verursacht.

Verf. hat unter dem Abschnitte „Electrolyse" eine deutliche Beschreibung gegeben über Alles, was im Laufe der Jahre im Bereiche der electrolytischen Therapie geleistet ist, und hat 32 Fälle von Nasenrachenpolypen, die mit Electrolyse behandelt wurden, gesammelt. Das Resultat war: 17 mal Heilung, 13 mal Besserung, in 2 Fällen kein Resultat; dies ist ein hübsches Ergebniss, das zu weiteren Versuchen auffordert.

Die Arbeit schliesst mit einer Mittheilung über 43 einschlägige Fälle, die aus Kopenhagen stammen.

Die Arbeit wird den Lesern des Centralblattes als ein Product sorgfältigen und gewissenhaften Studiums empfohlen. SCHMIEGELOW

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang V. Berlin, März. 1889. No. 9.

I. Die Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopf-Geschwülste in bösartige, speciell nach intralaryngealen Operationen.

Ergebnisse der Sammelforschung.

(Fortsetzung.)

VII. Die Frage des Ueberganges gutartiger Geschwülste in bösartige. Principien der Analyse der Sammelforschung. Diagnostische Irrthümer.

Nachdem in den vorhergehenden Abschnitten die Anhaltspunkte besprochen worden sind, welche nach den in der Literatur unseres Faches niedergelegten Angaben, nach den Mittheilungen der Collegen, welche sich an der Sammelforschung betheiligt haben, und nach den persönlichen Erfahrungen des Herausgebers im gegenwärtigen Augenblicke zur Sicherung der Diagnose bei zweifelhaften Kehlkopfgeschwülsten beizutragen vermögen, erübrigt es nunmehr, ehe wir zur Analyse des eingesandten Materials, resp. zu der Entscheidung darüber kommen, ob die einzelnen eingelieferten Fälle als wirkliche Beispiele von Uebergang gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige zu betrachten sind, in Kürze die allgemeine Frage zu erörtern: ob ein solcher Uebergang — die Frage seiner Ursache für den Augenblick ganz bei Seite gelassen — überhaupt vorkommen kann?

Eine derartige Erörterung ist um so nothwendiger, als schon in dieser Cardinalfrage die Meinungen weit auseinander gehen.

Bereits in der Einleitung (vgl. Ss. 96, 143, 144 u. a. a. O.) sind die Namen verschiedener Autoren gegeben worden, die die Möglichkeit einer solchen Umwandlung direkt zugegeben, resp. selbst anscheinend hierhergehörige Fälle berichtet haben. Im weiteren Verlaufe dieses Artikels (vgl. Ss. 132, 142, 199) ist auf Aeusserungen anderer Laryngologen Bezug genommen worden, die diese Möglichkeit vom allgemein pathologischen Standpunkte aus nicht bestreiten wollen.



Diesen Ansichten gegenüber steht die oben citirte Angabe Virchow's (vgl. S. 308), dass die Degeneration der Geschwülste „von den meisten neueren Beobachtern" geleugnet worden sei". — Ferner erinnern wir an Gerhardt's kürzlich gethanene Aeusserung [1]), dass „diese ganze Umwandlungslehre eine Glaubenssache Weniger sei". — Schon vor vielen Jahren sprach Billroth (vgl. weiterhin) von der Umwandlung von Schleimpolypen in bösartige Geschwülste als einer „durch Tradition vererbten Mythe". — Mehrere Theilnehmer an der Sammelforschung haben brieflich ähnliche Ansichten ausgedrückt.

Kurz: wir stehen hier vor einer erheblichen Differenz der Ansichten.

Wie die Citate im Beginne dieser Arbeit zeigen (vgl. Ss. 94, 132) hat der Herausgeber vom ersten Auftauchen der ganzen Frage zu denjenigen gehört, welche die Möglichkeit eines derartigen Ueberganges vom allgemein pathologischen Standpunkte aus unumwunden zugeben. Die ganze Eintheilung der Geschwülste in „gutartige" und „bösartige" ist ja eine mehr oder minder conventionelle und entspricht nur klinischen, nicht wissenschaftlichen Bedürfnissen. Wenn wir aber mit Virchow [2]) die „gutartigen" Geschwülste im Allgemeinen als homologe, d. h. „in die Klasse der Hyperplasien, der blossen Wucherungen des normalen Gewebes gehörend" definiren, so ist in der That theoretisch nicht abzusehen, warum nicht in einem hyperplastisch veränderten Gewebe ebensogut eine „bösartige" (heterologe) Veränderung, d. h. eine neue Bildung, deren Typus dem des normal an der betreffenden Stelle vorhandenen Gewebes nicht entspricht — vorkommen können soll, als in demselben, nur nicht hyperplastisch gewordenen Gewebe? Das dürfte theoretisch kaum bestreitbar sein.

Aber denjenigen, welche an die Möglichkeit solcher Metamorphosen glauben, steht mehr zur Seite, als theoretische Raisonnements.

Wir erinnern hier in erster Stelle an die feststehende Thatsache [3]), dass sich das Carcinom der Glandula thyreoidea weit häufiger in kropfig entarteten, d. h. hyperplastisch und später anderweitig metamorphosirten Schilddrüsen entwickelt, als in normalen, so dass Virchow [4]) sogar meint, man würde „vielleicht eine gewisse Prädisposition der strumösen Drüse" zur carcinomatösen Degeneration anerkennen müssen.

Wir gedenken zweitens der Melanome der Haut und anderer Theile, die „bis zu gewissen Stadien hin sich als hyperplastische Entwickelungen von pigmentirtem Bindegewebe darstellen und erst auf einer gewissen Entwickelungshöhe den sarcomatösen Charakter annehmen [5])". [Die ächten Naevi carnosi, aus denen in späteren Jahren öfters Sarcome oder Carcinome werden, gehören kaum hierher.

---

[1]) „Die Krankheit Kaiser Friedrichs III." 1888. S. 14.

[2]) „Die krankhaften Geschwülste." Vol. I. S. 31.

[3]) Vgl. Lücke, „Die Krankheiten der Schilddrüse" in v. Pitha u. Billroth's Chirurgie. Bd. III., Abth. 1, Lief. 6, S. 98. Wölfler „Ueber die Entwickelung und den Bau der Kröpfe" im Archiv für klin. Chirurgie. Vol. XXIX., S. 768.

[4]) l. c. Vol. III. S. 50 et seq.

[5]) Virchow, l. c. Vol. II., S. 128.

da sie schon in ihrer Anlage, genau genommen, „unvollständig entwickelte Sarcome“ [1]) darstellen.]

Drittens endlich ist hier zu nennen die Transformation der Schleimpolypen in bösartige (krebsige oder sarcomatöse) Tumoren. Ein absolut überzeugender Fall der Art, der wohl Allen, die das Präparat gesehen, in frischer Erinnerung sein wird, wurde von unserem verehrten Mitarbeiter L. Bayer (Brüssel) der Section für Laryngologie und Rhinologie der 59. deutschen Naturforscherversammlung (Berlin, 1886) vorgelegt. Der Wichtigkeit der Sache halber recapituliren wir die Ausführungen des Vortragenden [2]) hier wörtlich:

„Seit Billroth's Abhandlung über den Bau der Schleimpolypen (Berlin, 1855), worin er die Metamorphose von Schleimpolypen in bösartige Geschwülste als „eine durch Tradition vererbte Mythe“ qualificirt, wurde dieselbe denn auch von den meisten Autoren in diesem Sinne abgehandelt. Michel (1876) ist der erste, welcher einen Fall anführt, in welchem es unzweifelhaft erschien, dass gewöhnliche Polypen sich zu bösartigen Tumoren umgewandelt hatten. Einen weiteren Fall beschreibt Hopmann (Monatsschrift für Ohrenheilkunde, 1885). Näher auf die Sache geht Schmiegelow (Revue mensuelle d'otologie et de laryngologie etc., 1885) ein, und führt einige von Schaeffer beobachtete Fälle zum Beleg an. Aber leider vermisst man bei all den angeführten Fällen immer noch dies und jenes, was nothwendig ist, um den vollständigen Beweis zu führen. Ich habe nun Gelegenheit gehabt, einen Fall zu beobachten, und lege Ihnen, meine Herren, das Präparat davon vor, wo die nothwendigen Bedingungen erfüllt sind, um das Vorkommen dieser Umwandlung zu beweisen. Dasselbe stammt von einem 50 Jahre alten Patienten, welcher mich wegen einer Geschwulst in der Nase im Juli 1884 consultirte, behufs deren Entfernung sein Arzt eine Radicaloperation mit Spaltung der Nase vornehmen wolle. Ich fand rechts vom Dache der Nase bis in's Niveau der unteren Muschel eine Geschwulst herabhängend, welche in ihrem unteren Theile ulcerös und körnig granulös erscheint und bei der geringsten Berührung blutet. Nach ihrer Basis zu ist dieselbe gelblich durchscheinend nach Art gewöhnlicher Schleimpolypen. Ich glaubte vorerst von einer Radicaloperation absehen zu können und nahm denn auch die Entfernung der Geschwulst mit der kalten Schlinge vor, welche genau an ihrer Ansatzstelle abgerissen wurde. Ein paar Tage darauf war keine Spur mehr von einer früher vorhandenen Geschwulst zu erkennen, und Patient befindet sich bis heute gut und hat nie ein Recidiv bekommen.“

„Wenn Sie nun, meine Herren, das Präparat untersuchen, so sehen Sie auf einem gewöhnlichen Schleimpolypen mit breiter Basis eine Zottengeschwulst aufsitzen, welche sich mikroscopisch als Zottenkrebs herausstellt.“

„Zwei Momente sind es, welche im vorliegenden Falle maassgebend erscheinen: erstens die bösartige Natur der Zottengeschwulst und zweitens das

[1]) Virchow, Ibidem, S. 225.

[2]) „Tageblatt der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.“ Berlin, 1886, S. 398. — Die gesperrt gedruckten Worte des Citats sind im Original nicht gesperrt.



Ausbleiben eines Recidivs, das dafür bürgt, dass der Ausgangspunkt des Zottenkrebses der Schleimhautpolyp, und die Insertionsstelle intakt von bösartiger Infiltrirung war."

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass Bayer gleichzeitig ein anderes Präparat zeigte, in welchem es sich um seit 20 Jahren bestehende, mit Epithelialcarcinom combinirte und auch schon in die krebsige Entartung hineingezogene Schleimpolypen der Nase handelte. In diesem Falle aber war die Frage, wo der Krebs seinen Ursprung genommen, nicht mit Bestimmtheit zu beantworten. Es mochte sein, dass er von einem Schleimpolypen ausgegangen war, andererseits konnte die Möglichkeit nicht in Abrede gestellt werden, dass er unabhängig von den Schleimpolypen in der Nasenhöhle seinen Ursprung genommen hatte.

Wie dem aber auch sein möge: jedenfalls war das erste von Bayer vorgelegte Präparat so überzeugender Natur, dass selbst der ärgste Skeptiker sich nicht der Thatsache verschliessen konnte, dass in diesem Falle eine bösartige Geschwulst von einer gutartigen ihren Ursprung genommen hatte.

Es sind im Vorstehenden absichtlich solche Beispiele gewählt worden, in welchen die Transformation verschiedenartiger, hyperplastisch veränderter Gewebe (Drüsen-, Binde-, Schleimgewebe) in bösartige Neubildungen keinem Zweifel unterliegen kann.

Da die Neubildungen des Kehlkopfs, ebenso wie die Krankheiten dieses Organs im Allgemeinen, sich in keiner Weise fundamental verschieden von den analogen Leiden ähnlicher Gewebe oder Gewebselemente in anderen Theilen des Körpers verhalten[1]), so ist a priori nicht der geringste Grund abzusehen, warum nicht auch im Kehlkopf gelegentlich ebensogut, wie in den oben genannten Theilen, Transformationen von Drüsen-Bindegewebs-Schleimgeschwülsten etc. in bösartige Tumoren vorkommen sollen.

Das Alles ist eigentlich selbstverständlich, musste aber doch nach den genannten Erfahrungen (vgl. Einleitung S. 137) hier noch einmal ausdrücklich hervorgehoben werden, um den Herausgeber, wenn er im Folgenden jeden einzelnen der eingesandten Fälle kritischer Erwägung unterzieht und hierbei öfters Zweifel hinsichtlich der Auffassung des betreffenden Falles auszudrücken hat, gegen die Möglichkeit des Vorwurfs zu verwahren, dass er an seine Aufgabe mit irgend welcher Voreingenommenheit gegangen sei. Ein solcher Vorwurf würde jeder thatsächlichen Grundlage entbehren. Der Herausgeber hat niemals die Möglichkeit eines Ueberganges gutartiger Kehlkopfgeschwülste in Abrede gestellt und ist stets völlig bereit gewesen, berichtete Fälle eines solchen Uebergangs im Sinne der Anschauung ihrer Autoren aufzufassen — vorausgesetzt, dass der betreffenden Anschauung wirklich überzeugende Gründe zur Seite standen, oder dass die Motivirung des betreffenden Autors es zum wenigsten wahrscheinlich machte, dass es sich in der That um eine Umwandlung und nicht um einen diagnostischen Irrthum gehandet hat.

Aber diesen Beweis zu führen, diese Wahrscheinlichkeitsgründe beizubringen ist nicht leicht.

---

[1]) Vgl. J. Solis Cohen, „Diseases of the Throat etc. Second edition, 1879, p. 1.

Der blosse laryngoskopische Befund genügt nicht. Es ist im Abschnitt IV. dieser Arbeit auseinandergesetzt worden, dass bisweilen bösartige Kehlkopfgeschwülste so täuschend unter dem Bilde von gutartigen verlaufen, dass Angaben, wie z. B. „der Kehlkopf zeigte sich mit weissen, blumenkohlähnlichen Massen fast ganz erfüllt", oder „am linken Stimmbande zeigte sich eine blassröthliche, wohlumschriebene. erbsengrosse Warze" — ganz und gar nicht als Beweise der anfänglichen Gutartigkeit angesehen werden dürfen.

Ebensowenig genügt, nach dem was im Kapitel V. über die Fehlerquellen der mikroscopischen Untersuchung und über die Mischgeschwülste dargelegt worden ist, der negative Befund der mikroscopischen Untersuchung eines einzelnen oder einiger weniger Schnitte aus einer zweifelhaften Neubildung, um dieselbe als gutartig zu erklären, und selbst wiederholte Untersuchungen einzelner Fragmente schützen, wie z. B. der Sokolowski'sche Fall zeigt (vgl. S. 312), nicht gegen diagnostische Irrthümer. Umgekehrt hat bereits der Schmiegelow'sche Fall (S. 317) gelehrt, dass mikroscopische Untersuchungen kleinerer Fragmente irrthümlich auf einen malignen Tumor hindeuten können, während es sich in Wahrheit um eine gutartige Geschwulst handelt. Wir sind jetzt in der Lage, eine weitere, äusserst interessante Bestätigung dafür zu geben, dass selbst die erfahrensten pathologischen Anatomen in dieser Hinsicht gegen Irrthümer nicht geschützt sind. (Vgl. den gleich unten folgenden Beschorner'schen Fall). Das anfänglich negative, später positive Resultat vereinzelter mikroscopischer Untersuchungen einzelner Schnitte aus kleineren Fragmenten genügt also auch nicht, um mit Bestimmtheit auf eine Umwandlung schliessen zu lassen, denn es kann sich sehr wohl von Anfang an um eine Mischgeschwulst gehandelt haben.

Ebenso ist endlich gezeigt worden (vgl. Capitel VI.), dass Anhaltspunkte, wie Alter des Patienten, Schmerz, Heiserkeit, Dyspnoë, Dysphagie etc. an sich durchaus nicht sichere Rückschlüsse auf die Natur der Geschwulst, resp. eine stattgehabte Umwandlung erlauben.

Aus alledem geht klar hervor, dass es viel leichter ist, eine Reihe von Fällen als wahrscheinlich nicht in die Kategorie der Umwandlungen gehörend, resp. als mehr oder minder zweifelhaft zu bezeichnen, als von einem Falle mit Bestimmtheit zu sagen, dass es sich in ihm um eine Umwandlung gehandelt haben muss.

Zwei Criterien könnten vom theoretischen Standpunkt aus aufgestellt werden, welche ziemliche Sicherheit in dieser Beziehung gewährleisteten, nämlich:

1. eine Länge des Verlaufs in dem betreffenden Falle, welche das von zuverlässigen Beobachtern festgestellte Maximum der Dauer des Kehlkopfkrebses um ein beträchtliches überschritte;

2. die mikroscopische Wahrnehmung, dass mit jedem neuen Recidive die ursprünglich völlig gutartige Neubildung intensiver in Wucherung gerathen sei und sich mehr und mehr dem Charakter einer atypischen Geschwulst genähert habe, bis schliesslich ihr Uebergreifen in die Tiefe auf die unterliegenden Gewebe und hiermit ihre Bösartigkeit definitiv festgestellt

werden konnte[1]). Klinisch würde dem vielleicht entsprechen, dass die zuerst verhältnissmässig in längeren Intervallen auftretenden Recidive allmälig in kürzeren und kürzeren Zwischenräumen erfolgten, bis endlich das Recidiv ein fast continuirliches wurde.

Es braucht nicht besonders betont zu werden, dass das erste der genannten Kriterien sowohl bei anscheinenden Fällen spontanen Uebergangs gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige in Anwendung gezogen werden dürfte, wie bei Fällen, in welchen dieser Uebergang nach Operationen zu Stande gekommen sein soll, während selbstverständlich das zweite nur in Fällen wiederholter intra- oder extralarygealer Operationen mit Entfernung der fraglichen Geschwulst benutzt werden könnte.

Was die Länge der Zeit anbelangt, die ein diagnostisches Kriterium bilden soll, so ist dem Herausgeber kein einziger authentischer Fall bekannt, in welchem ein interner Kehlkopfkrebs mehr als $6^3/_4$ Jahre von der Zeit der ersten Symptome bis zum Lebensende in Anspruch genommen hat. v. Ziemssen[2]) erwähnt allerdings, dass unter 28 von ihm gesammelten Fällen, bei denen genauere Angaben über die Dauer des Gesammtleidens sich fanden, einmal eine zehn- und einmal gar eine fünfzehnjährige Dauer berichtet worden ist. Aber es fehlen Verweise auf die Quellen, aus denen diese Angaben geschöpft sind und nach allem, was sonst aus der fachgenössischen Literatur bekannt ist, wie nach seinen eigenen Erfahrungen möchte sich der Herausgeber die Vermuthung erlauben, dass die befremdliche Länge der Gesammtdauer in den beiden letztgenannten Fällen auf Angaben der Patienten hinsichtlich seit so langer Zeit bestehender Heiserkeit oder anderer Symptome zurückzuführen sein dürfte, welche nicht ohne weiteres als Beweise dafür angenommen werden können, dass das bösartige Leiden selbst schon seit so langer Zeit bestanden habe. Diejenigen Beobachter, welche sich des grössten Materials erfreuen, wissen jedenfalls nicht von einer Dauer des Kehlkopfkrebses anzugeben, welche derjenigen mancher Epithelkrebse der äusseren Haut entspräche. Fauvel[3]) hat unter 37 Fällen internen Kehlkopfkrebses einmal einen Fall gesehen, dessen Dauer sich auf 6 Jahre und 8 Monate belief, und einen andern von ca. 6jähriger Dauer. — Morell Mackenzie[4]) giebt die Durchschnittsdauer des Kehlkopfepithelioms auf etwa 18 Monate, die des Medullarcarcinoms des Larynx auf etwa 3 Jahre an, und bezweifelt ebenfalls, dass in den beiden von v. Ziemssen erwähnten Fällen von 10—15jähriger Dauer die Affection von Anfang an maligner Natur gewesen sei. — J. Solis Cohen[5]) giebt die Durchschnittsdauer des Lebens beim Epitheliom als grösser als beim Medullarcarcinom an und beziffert sie auf 2—4 Jahre. — Unter den 56 Fällen des Herausgebers war die Maximaldauer — in einem

[1]) Vgl. hierzu Paul Bruns: „Die Laryngotomie zur Entfernung intralaryngealer Neubildungen." 1878, S. 142 et seq. O. Beschorner, Berliner klin. Wochenschrift. 1877, No. 14.

[2]) l. c. Ss. 408, 409.

[3]) l. c. S. 866 (Tabelle, Fälle 20 u. 8).

[4]) l. c. (deutsche Ausgabe) S. 461.

[5]) l. c. S. 584.



einzelnen Falle von verhornendem Cancroid beobachtet — $4^1/_4$ Jahre, die Durchschnittsdauer etwa 2 Jahre. —

Kurz: soweit dem Herausgeber bekannt, existiren zuverlässige Beobachtungen von über $6^3/_4$jähriger Dauer des Kehlkopfkrebses nicht, und selbst diese Dauer scheint eine ganz ausnahmsweise zu sein.

Danach dürfte man mit Wahrscheinlichkeit berechtigt sein, eine Umwandlung anzunehmen, wenn:

1. eine bis dahin anscheinend gutartige Geschwulst, deren 8jähriges oder noch längeres Bestehen laryngoscopisch festgestellt worden ist[1]), nach Verlauf dieser Zeit spontan den klinischen Verlauf einer bösartigen Kehlkopfneubildung zu zeigen beginnt;

2. die Recidive einer für gutartig gehaltenen und wiederholt intra- oder extralaryngeal operirten Geschwulst einen Zeitraum von 8 Jahren oder mehr beanspruchen, bis der klinische Verlauf, resp. die mikroscopische Untersuchung entfernter Fragmente eines anscheinenden neuen Recidivs die Bösartigkeit von dessen Natur erweisen.

Mit Bezug auf den letztgenannten Punkt aber dürfte sofort eine wichtige Einschränkung nothwendig sein. Nach der Ansicht des Herausgebers sind wir bei operirten Fällen nur dann überhaupt in wissenschaftlichem Sinne berechtigt von einer „Umwandlung" zu sprechen, wenn innerhalb verhältnissmässig kurzer Zeit nach der Operation einer gutartigen Geschwulst ein Recidiv in wohlumschriebener, der ursprünglichen Erscheinung ähnlicher Tumorform auftritt, und sich dies dann öfters mit allmäliger Veränderung des Charakters der Recidive wiederholt, bis schliesslich der bösartige Charakter eines neuen Recidivs evident wird. Zieht sich ein solcher Process über die bisher als Maximaldauer primär bösartiger Kehlkopfgeschwülste bekannte Zeit, also 8 Jahre oder mehr hin, so würde die Länge dieser Zeit a priori dagegen sprechen, dass die Geschwulst primär bösartig gewesen sei, und es würde in der That am natürlichsten sein, den Process als ein Beispiel von „Umwandlung" aufzufassen.

Erklären könnte man einen solchen Vorgang in der Weise, dass bei der ursprünglichen Operation nicht alles Krankhafte entfernt worden sei, dass eine neue Wucherung der zurückgebliebenen Geschwulstelemente stattgefunden habe, und dass nach mehrfachen erneuten Entfernungen und Recidiven die Geschwulst schliesslich eine atypische geworden sei. Ob diese Umwandlung durch den Reiz der wiederholten Operationen oder durch andere Umstände bedingt worden sei, würde dann eine weitere Frage bilden.

Anders aber scheint doch dem Herausgeber die Sache in solchen Fällen zu liegen, in welchen nach der Entfernung einer sicher oder anscheinend gutartigen Geschwulst eine mehr- oder gar vieljährige Ruhepause eintritt, und sich dann in der Narbe eine unzweifelhaft bösartige Neubildung entwickelt.

---

[1]) Die Forderung einer laryngoscopischen Untersuchung ist unumgänglich! Die blosse Existenz langjähriger Heiserkeit berechtigt durchaus nicht zu dem Schluss, dass seit langen Jahren eine Geschwulst bestanden habe. (Vgl. Anmerkung S. 318.)

Denn eine Narbe stellt ein pathologisch unvollkommenes Gewebe dar, und ein solches bildet anerkanntermassen an sich eine Prädilectionsstelle [1]) für die Bildung von Geschwülsten, mag nun die Narbe das Resultat einer zufälligen Verletzung, eines Geschwürs, einer Operation oder irgend einer anderen Ursache von Trennung der Continuität des ursprünglichen Gewebes sein.

Ist die Narbe nun durch die Exstirpation einer Geschwulst gesetzt, und entsteht in ihr später eine neue Geschwulst, so kann es, wie Virchow [2]) sehr richtig hervorgehoben hat, „zweifelhaft sein, ob man die neue Geschwulst als Recidiv der alten oder als Erzeugniss der Narbe betrachten soll." — Dieser Zweifel dürfte indessen wohl nur dann eine innere Berechtigung haben, wenn erstens die neue Geschwulst innerhalb des Zeitraums entsteht, in welcher erfahrungsgemäss Recidive ungenügenden Entfernungen zu folgen pflegen, und wenn zweitens die neue Geschwulst histologisch der alten entspricht. Wenn also z. B. der Entfernung eines Sarcoms sechs Monate später eine neue sarcomatöse Geschwulst in der Operationsnarbe folgt, so kann es zweifelhaft sein, ob diese neue Geschwulst ein Recidiv des primären Sarcoms oder ein ächtes Narbensarcom darstellt, denn wir wissen, dass in Narben des verschiedensten Ursprungs Sarcome entstehen können. In solchen Fällen dürfte sich also die Entscheidung je nach der Auffassung verschiedener Beobachter verschieden gestalten. Wenn aber fünf oder gar zehn Jahre, nachdem ein Papillom oder ein Fibrom von einer Stelle entfernt worden ist, und nachdem in der Zwischenzeit sich an dieser Stelle absolut keine Zeichen eines pathologischen Processes kundgegeben haben, nunmehr in der Narbe der alten Operationswunde ein Sarcom oder ein Carcinom, d. h. eine heterologe Geschwulst entsteht, so kann man — wenigstens nach der Ansicht des Herausgebers — von einem „Recidiv" überhaupt nicht sprechen, da die neue Geschwulst histologisch von der alten verschieden ist, während die Idee einer „Umbildung" etwa zurückgelassener Fragmente der alten Geschwulst ihm im höchsten Grade gezwungen und weit hergeholt erscheint. Denn genau derselbe Vorgang kann sich abspielen, und erfolgt thatsächlich öfters, wenn die Narbe nicht das Resultat einer Geschwulstoperation sondern eines Geschwürs ist — man denke nur an die in alten syphilitischen Narben beginnenden Zungenkrebse — und in beiden Fällen scheint ihm die einzig natürliche Erklärung die zu sein, dass sich an der durch die Unvollkommenheit des Narbengewebes gesetzten Prädilectionsstelle entweder durch eine Gelegenheitsursache veranlasst, oder in Folge uns noch unbekannter Einflüsse eine heterologe Geschwulst gebildet hat.

Dies ist der Grund, aus dem der Herausgeber gegen einzelne der als Beispiele von „Umbildung" vorgebrachten, uns hier interessirenden Fälle schon früher Front gemacht hat (vgl. S. 139) und aus dem er auch mehrere der neu eingesandten Fälle, z. B. diejenigen Bayer's (vgl. unten X, 2), Fauvel's (vgl. XI, 6) und einen der Fälle Newman's (vgl. X, 10), als eigentlich nicht hier-

---

[1]) Vgl. z. B. Uhle und Wagner, „Allgemeine Pathologie." V. Aufl., 1872. S. 397.

[2]) l. c. Vol. II., S. 244.

hergehörig betrachten möchte. Nach längerer Erwägung sind dieselben schliesslich in die Tabelle aufgenommen worden, weil in ihnen das unbestreitbare Factum vorliegt, dass eine gutartige Neubildung schliesslich von einer bösartigen gefolgt war, die sich an derselben Stelle entwickelt hatte, von der die gutartige entfernt worden war, und weil der Herausgeber in einer Zusammenstellung, wie der vorliegenden, nicht seine subjective Auffassung des Vorgangs den Fachgenossen aufdrängen wollte. Aber es ist dies gewissermassen „unter Protest" geschehen, und diese Frage wird jedenfalls noch Gegenstand weiterer pathologisch-anatomischer Erörterungen werden müssen.

Selbst wenn man jedoch die letzterwähnte Reihe von Fällen, d. h. die Narbengeschwülste, bei Seite lässt, muss zugestanden werden, dass die beiden oben angegebenen Kriterien: Länge des Verlaufs und allmälig atypischerer Charakter der Geschwulst, sowie immer kürzere Intervalle zwischen den einzelnen Recidiven nicht ausreichen, um uns zur Sicherheit über die wahre Natur des bei weitem grösseren Theils der eingesandten Fälle zu verhelfen. Denn was die mikroscopische Untersuchung anbetrifft, so ist dieselbe nur in den allerwenigsten Fällen so oft und so gründlich angestellt worden, dass sich ein bestimmtes Urtheil darüber gewinnen liesse, ob in dem betreffenden Falle a) ein diagnostischer Irrthum begangen ist, b) von Anfang an eine Mischgeschwulst vorgelegen, c) eine wirkliche Umwandlung stattgefnnden hat. Ganz ähnlich steht es mit den Intervallen zwischen den einzelnen Recidiven, abgesehen davon, dass diese ja auch bei manchen gutartigen Geschwülsten capriciös verschieden sind. Und hinsichtlich der Länge des Gesammtverlaufs wird man selbstverständlich von vorn herein theoretisch zugeben müssen, dass sich eine wirkliche Umwandlung innerhalb viel kürzerer Zeit, als von 8 Jahren vollziehen könnte! — Die Sache liegt also so: zieht sich der Process über mehr als 8 Jahre hin, so ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass es sich in der That um eine Umwandlung gehandelt hat; verläuft er innerhalb kürzerer Zeit, so schliesst dies durchaus die Möglichkeit nicht aus, dass eine wirkliche Umwandlung vorgekommen ist.

Da nun aber nur äusserst wenige der eingesandten Fälle einen achtjährigen oder noch länger protrahirten Verlauf gehabt haben, so bleibt nichts übrig, als zu bekennen, dass wir ein allgemeingültiges Kriterium für die Beurtheilung aller Fälle anscheinenden Uebergangs gutartiger Kehlkopfneubildungen in bösartige gegenwärtig nicht besitzen, dass jeder einzelne Fall individuell beurtheilt werden muss, und dass man nur von den allerwenigsten Fällen als „sicher", von den meisten andern als „mehr oder minder wahrscheinlich", „zweifelhaft" oder „unwahrscheinlich" wird sprechen können. Scharfe Grenzen lassen sich dabei kaum ziehen, und es sind die operativen Fälle in der später folgenden Analyse absichtlich nur in zwei grosse Abtheilungen eingetheilt worden, um alle auf mehr oder minder individueller Anschauung beruhenden Unterabtheilungen, die zu Recriminationen Veranlassung geben könnten, zu vermeiden. Es erschien wünschenswerth, wenigstens die beiden Abtheilungen: „Sichere resp. wahrscheinliche Fälle" und „Zweifelhafte Fälle" zu machen, um doch einigermassen die Uebersicht zu erleichtern. Der Herausgeber verschliesst sich jedoch durchaus nicht der Möglichkeit, dass andere Beurtheiler vielleicht den einen oder

anderen Fall verschieden aufgefasst und in eine andere Kategorie versetzt haben würden [1]). Er kann nur versichern, dass er nach bestem Wissen vorgegangen ist.

Wie schwer es ist, in diesen Fällen zu einem zuverlässigen Urtheil zu gelangen, — dafür dürften wahrscheinlich die folgenden Beispiele diagnostischer Irrthümer, die uns von den betreffenden Collegen in liberalster und im öffentlichen Interesse dankenswerthester Weise zur Verfügung gestellt worden sind. beredter sprechen, als alle theoretischen resp. persönlichen Reflexionen:

1. Der erste der hier folgenden Fälle wurde von Herrn Collegen O. Beschorner (Dresden) mit zwei anderen, weiter ausführlich mitgetheilten, im Beginne des vorigen Jahres als Beitrag zur Sammelforschung eingesandt. Bereits vorher hatte der Beobachter in der Sitzung der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden vom 12. März 1887 des Falles Erwähnung gethan, und ihn in einem Referat über diese Sitzung in der Septembernummer 1887 der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc." (vgl. dieselbe. 1887, S. 270 — es ist der erste der dort erwähnten Fälle) kurz beschrieben. Der Fall selbst ist in der vom Collegen Beschorner für die Sammelforschung mitgetheilten Form folgender:

„Frau General v. Sch., damals etwa 74 Jahre alt. consultirte Juli 1882 Herrn Dr. Tornwaldt (Danzig) wegen absoluter Stimmlosigkeit und fand dieser am linken Stimmbande ein, wie er mir brieflich mittheilte, gestieltes Papillom von der Grösse einer Weinbeere, welches (die Operation musste aus äusseren Gründen verschoben werden) bis 3. October desselben Jahres sich auf das Doppelte vergrösserte. Dasselbe wurde in vielfachen Sitzungen bis 21. November abgetragen und bestätigte die mikroscopische Untersuchung die Diagnose: Papillom. Indessen traten nunmehr an beiden Flächen der Stimmbänder kleine höckerige Geschwülste auf, die jedoch härter waren als die ursprüngliche Neubildung und bereits in Danzig von Dr. Suchannek als Carcinom erkannt wurden. Prof. Birch-Hirschfeld in Dresden, woselbst Patientin am 15. Januar 1883 in meine Behandlung kam, bestätigte nach mikroscopischer Untersuchung der mir von Dr. Tornwaldt übersandten Geschwulsttheile diese Diagnose auf's Allerbestimmteste.

Da die rapid zunehmende Wucherung bald eine fast völlige Obturation des Kehlkopfes bewirkte, musste am 5. April 1883 die Tracheotomie ausgeführt werden; von da ab sistirte aber das Wachsthum der Geschwulstmasse und Patientin, die seitdem alljährlich in den Sommermonaten lange Reisen unternimmt, vermochte voriges Jahr in vollster Rüstigkeit, ohne alle Beschwerden insbesondere von Seiten des Kehlkopfes (ausgenommen dass sie die Canüle tragen muss und dass ihr nur eine, der Umgebung aber durchaus verständliche Lispelsprache zu Gebote steht) ihren 80. Geburtstag zu feiern.

Das Kehlkopfspiegelbild unterscheidet sich heute durch Nichts von demjenigen des Jahres 1883.

Benachbarte Drüsen waren nicht geschwellt und erst jetzt — Ende 1887.

---

[1]) Vgl. hierzu die redactionelle Bemerkung: „Zur Sammelforschung des Centralblatts" im Briefkasten der Juli-Nummer 1888, S. 45.

Anfang 1888 — zeigen sich linksseitige Submaxillardrüsen nicht unbeträchtlich infiltrirt.

Das Allgemeinbefinden der Kranken ist nach wie vor ein vortreffliches."

Der Herausgeber muss bekennen, dass dieser Fall ihn im höchsten Grade frappirte. Eine „auf's Bestimmteste" als „Carcinom" erkannte Neubildung, deren Wachsthum plötzlich sistirt, die aber auch keine regressiven Veränderungen eingeht, sondern fast sechs Jahre stationär bleibt — das passte so ganz und gar nicht in den Rahmen unseres gegenwärtigen Wissen vom Kehlkopfkrebs, dass er dem Fall ziemlich rathlos gegenüber stand, während sein klinisches Gefühl gegen ihn instinctiv rebellirte. — Indessen: was war zu machen? Der Fall war in klarster Weise von einem bewährten Laryngologen berichtet, die mikroscopische Krebsdiagnose von einer bewährten Autorität auf pathologisch-anatomischem Gebiete auf's Bestimmteste bestätigt, der einzige Einwand, der sich überhaupt erheben liess, war der, dass ein derartiger Fall — allenfalls mit Ausnahme eines ähnlichen, aber doch nicht ganz gleichen, ebenfalls von Beschorner bereits im Jahre 1877 berichteten, der weiterhin in extenso mitgetheilt werden wird — im Gebiete des Larynxcarcinoms noch nicht berichtet worden, und sein späterer Verlauf schwer mit unseren Kenntnissen über die Entwicklung der späteren Stadien des Kehlkopfkrebses zu vereinbaren sei. — Es war vorauszusehen, dass diesem Einwand mit dem Argument begegnet werden würde, dass in fast allen Leiden Ausnahmsfälle vorkämen und dass solche Ausnahmen immer einmal zum ersten Male beobachtet werden müssten. Hiergegen wäre kaum etwas Stichhaltiges einzuwenden gewesen.

So war denn der Fall unter die 32 Fälle anscheinender Umwandlung, von denen in der Julinummer 1888 (S. 45) berichtet worden ist, — allerdings in die Kategorie der „zweifelhaften" — aufgenommen worden, und der Herausgeber beabsichtigte nur, seinen eben namhaft gemachten, klinischen Bedenken in der Epikrise Ausdruck zu verleihen.

Da erhielt er am 16. Januar 1889, also vor wenigen Wochen, folgenden Brief:

Dresden, den 14. Januar 1889.

Sehr verehrter, lieber Freund!

Wohl sehr vor Thoresschluss, hoffentlich aber nicht zu spät, jedenfalls so schnell als irgend möglich, mache ich Ihnen folgende, gewiss nicht unwichtige Mittheilung im Interesse Ihrer Sammelforschung bezüglich des Ueberganges gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige etc.

Wie Sie sich erinnern, übersandte ich Ihnen u. A. die kurze Krankengeschichte einer 76 Jahre alten Dame, Frau General v. Sch., welche im Jahre 1882 von Dr. Tornwaldt-Danzig wegen eines Larynx-Papilloms operirt wurde. Die Geschwulst hatte, recidivirend, mehr und mehr einen malignen Charakter angenommen, war schliesslich schon dort als Carcinom erkannt worden und Prof. Birch-Hirschfeld — hier — bestätigte an eingesandten, über erbsengrossen Stücken der Geschwulst mit voller Bestimmtheit die Diagnose Carcinom.



Diese Dame ist nun am 9. Januar dieses Jahres gestorben und zwar völlig unabhängig von ihrer Kehlkopfkrankheit, binnen 24 Stunden an Herzparalyse in Folge von atheromatöser Entartung der Art. coronar. cord.

Noch am selben Abende setzte ich mich (nicht ohne Schwierigkeiten) in den Besitz des Kehlkopfes, sandte ihn am 10. Januar an den Prosector des hiesigen Stadtkrankenhauses, Herrn Prof. Dr. Neelsen, und erhielt soeben von diesem zuverlässigen Forscher die überraschende Mittheilung:

„Die fragliche Kehlkopfgeschwulst ist kein Carcinom. Die papilläre Plattenepithelwucherung erscheint überall, auch an den Stellen, die im Zerfall begriffen erschienen, gegen die Unterlage scharf abgegrenzt. Nirgends Spuren einer destructiven Wucherung.“

Da ich nun selbstverständlich an der Richtigkeit der Gutachten weder der Herren in Danzig, noch des Prof. Birch-Hirschfeld, noch auch des Prof. Neelsen im Mindesten zu zweifeln vermag, so stehe ich vor einem Räthsel, zu dessen Lösung ich mich brieflich an Herrn Birch-Hirschfeld wenden will; inzwischen erscheint es mir aber doch fraglich, ob der Fall nicht besser aus Ihrer Sammelforschung zurückzuziehen sei, was ich vollständig Ihrem Ermessen anheimgebe.

Zweifellos geht aus alledem hervor, mit welch' grossen Schwierigkeiten unter Umständen die Diagnose einer Larynx-Geschwulst intra vitam verknüpft und wie doch namentlich bei Carcinomen der Hauptwerth auf das klinische Bild, den klinischen Verlauf zu legen ist.

Indem ich hoffe, dass ich Ihnen, verehrter Herr College, durch diese veränderte Darstellung nicht allzuviel Mühe bereite, doch aber in dem frohen Bewusstsein noch in letzter Stunde einem Irrthum haben begegnen zu können, der sich unter Umständen recht störend geäussert hätte, grüsse ich Sie etc. etc.

Ihr ergebenster

Dr. Beschorner.

Und diesem Briefe folgte vier Tage später folgendes Schreiben;

Dresden, den 18. Januar 1889.

Hochverehrter Freund!

Herr Prof. Birch-Hirschfeld, dem ich Mittheilung über den Sectionsbefund betreffend Frau von Sch. machte, schreibt mir auf meine Frage, wie er sich wohl den Widerspruch der Geschwulstdiagnose im Jahre 1882/1883 und derjenigen wie sie Prof. Neelsen jetzt gestellt, erkläre, Folgendes:

„Es ist mir nicht mehr gegenwärtig, auf Grund welcher mikroscopischer Befunde ich die Diagnose gestellt habe. Ich muss Ihnen gestehen, dass mit dem Wachsen der Erfahrung meine Vorsicht bei der Beurtheilung von excidirten Geschwulsttheilchen zugenommen hat. Jedenfalls liegt die Section vorliegenden Falls so, dass, obwohl mir und den anderen Aerzten, die sich damals auf Grund des mikroscopischen Befundes bestimmt für Carcinom entschieden haben, jedenfalls Objecte vorgelegen haben müssen,

welche atypische Zellwucherung darboten, doch für die definitive Diagnose der Sectionsbefund massgebend sein muss. Die Untersuchung der Geschwulstbasis war ja an den exstirpirten Stellen nicht ausführbar und, wie die Sache noch liegt, kann die sichere Diagnose auf Carcinom durch kein anderes Moment als durch Nachweis des Durchbruchs der normalen Gewebsgrenzen begründet werden. Alles Andere: Zellform, sog. Cancroidkörper, rundzellige Infiltration des Stroma, Momente, auf die ich früher mehr Gewicht gelegt habe als jetzt, schliesst die Möglichkeit von Täuschungen ein, die allerdings an Geschwülsten, welche durch wiederholte Eingriffe irritirt wurden, am nächsten liegen."

Da nun ferner meine Frage:

Halten Sie es für möglich, dass ein Kehlkopfpapillom, etwa unter Einwirkung äusserer Insulte (operative Eingriffe, reizende Medicamente u. dgl.) vielleicht namentlich nahe an gewissen leichter zugänglichen Partien die Tendenz zur Umbildung in ein Carcinom zeigen, bei Nachlass jener Insulte aber und völliger Ruhe (hier Vermeiden jedes weiteren operativen Eingriffes etc. und aufgehobener Athmung durch den Kehlkopf in Folge von Tracheotomie) diese Tendenz wieder verlieren kann und dass nach jahrelangem Bestande der Neubildung die carcinomatösen Elemente etwa durch Schmelzung, Losstossung, Schrumpfung, Schwund, eine Rückbildung dergestalt einzugehen vermögen, dass sie dann nicht mehr nachweisbar sind?

von Herrn Prof. Birch-Hirschfeld sowohl, wie auch von Herrn Prof. Neelsen in ihrem ersten Theile von letzterem zwar bejaht, in ihrem zweiten Theile aber von beiden Herren entschieden verneint worden ist — so muss der Fall v. Sch. entschieden aus der Liste derjenigen gestrichen werden, welche die Möglichkeit des Ueberganges gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige nach intralaryngealen Operationen beweisen sollen.

Mit herzlichem Grusse

Ihr ergebenster

Dr. Beschorner.

Die Bitte des Herausgebers, jetzt umsomehr den überraschenden Fall für die Sammelforschung benutzen zu dürfen, beantwortete College Beschorner wie folgt:

Dresden, den 20. Januar 1889.

Sehr geehrter Freund!

Selbstredend stelle ich den Fall vollständig zu Ihrer Verfügung!

Ich werde gemeinschaftlich mit Prof. Neelsen denselben in einer der nächsten Sitzungen unserer Gesellschaft für Natur- und Heilkunde demonstriren und besprechen und hatte dann die Absicht ihn in extenso zu veröffentlichen; das schliesst aber keineswegs aus, dass Sie von all' den Unterlagen, die Sie von mir besitzen (und brauchen Sie noch mehr, so bitte ich es mir zu schreiben) ausgiebigen Gebrauch machen für Ihre Sammelforschung. Dort ist er am besten untergebracht findet das sachverständigste Lesepublikum und mag als



weiteren Belag dafür dienen, wie die mikroscopische Untersuchung nur dann endgültigen Werth für die Diagnose Carcinom hat, wenn die exstirpirten, dem Mikroscop unterbreiteten Fragmente den Mutterboden mit betreffen, dass aber im anderen Falle vor Allem das laryngoscopische Bild, mehr noch der klinische Verlauf den Ausschlag zu geben vermag.

Auch mir[1]) möchte es scheinen, als ob damals eine Geschwulstform bestanden habe, welche histologisch täuschend dem Carcinom glich, sich aber im Laufe der Jahre derart umbildete, dass zur Zeit von den Carcinom vortäuschenden Elementen Nichts mehr wahrzunehmen ist.

Jedenfalls steht fest, dass man aus einem Fall wie dem vorliegenden viel mehr lernen kann, als aus einer ganzen Zahl sogenannter „schönen" und würde ich es mir darum nie verzeihen können, ihn der Oeffentlichkeit vorenthalten zu haben.

Mit erneuten herzlichen Grüssen

Ihr

Dr. Beschorner.

Jeder Commentar könnte den Eindruck dieses im höchsten Grade belehrenden Falles nur schwächen. Es erübrigt nur, Herrn Collegen Beschorner für seine von ächt wissenschaftlichem Geiste beseelten Bemühungen, der Wahrheit zu dienen, im Namen sicherlich aller Fachgenossen den herzlichsten Dank auszusprechen[2]).

2. Auf die Frage der Sammelforschung: „Hat der Beobachter je Uebergang gutartiger Geschwülste in bösartige nach intralaryngealen Operationen gesehen, resp. wie oft?" — antwortet College A. Friedländer (Berlin), der im Auftrage des damals in San Remo weilenden Prof. H. Krause über dessen einschlägige Erfahrungen berichtet, wie folgt:

„Diese Frage kann, soweit sie persönliche Beobachtung betrifft, verneint werden. Nur ein Fall aus der Gesammtzahl der beobachteten Geschwülste, welcher aus der Praxis des verstorbenen Dr. Böcker in die des vorgezeichneten überging, wurden ihm von dem Chirurgen, Geh. Rath Dr. E. Hahn, und dem Hausarzt, Dr. Raschkow, als ein solcher bezeichnet, welcher von Dr. Böcker anfänglich als Papillom, später als dubiös angesehen wurde. Im December 1888 kam der Fall zur Laryngofissur und Ausbrennung mit Paquelin durch E. Hahn. Damals ergab die histologische Untersuchung keinen positiven Carcinombefund."

Die Details des Falles zur Zeit, als er unter Prof. Krause's Beobachtung kam, waren folgende:

„Mann, 38 Jahre alt. Die Geschwulst im 37. Lebensjahre aufgetreten.

Am 5. IV. 87 findet sich unterhalb des rechten Taschenbandes ausgedehnte, in die Tiefe sich erstreckende, unregelmässige Geschwulstmasse. Aus dem rechten

[1]) Der erste Theil dieses Satzes, aber nur dieser Theil, bezieht sich auf eine brieflich gemachte Bemerkung des Herausgebers.

[2]) Selbstverständlich reducirt sich die Zahl der Fälle anscheinender Umwandlung nunmehr auf 81. Die Angabe in der Juli-Nummer 1888, S. 45 ist demgemäss zu berichtigen.



Ventriculus Morgagni treten mehrere, bis hanfkorngrosse. anscheinend zusammenhängende, grauweissliche und genau wie Papillombeeren aussehende Excrescenzen hervor."

(Hinsichtlich der früheren Diagnose der Gutartigkeit verweist Dr. Friedländer auf eine zu erwartende Mittheilung des Dr. Schorler, früheren Assistenten des Dr. Böcker und auf oben gemachte Angaben.)

„Am 15. IV. 87 und 27. IV. 87 mehrere nahezu bohnengrosse Stücke behufs Untersuchung mit Curette entfernt. Mikroscopische Untersuchung am 27. IV. 87 (Dr. Hansemann) constatirt Cancroid. Am 5. V. 87 Totalexstirpation des Larynx durch E. Hahn. Exitus letalis. Todesursache nicht nachweisbar. Histologische Untersuchung der Geschwulst ergiebt ebenfalls Cancroid."

Zu diesem Falle schreibt Dr. Schorler, auf dessen Mittheilung verwiesen worden war:

. . . . . „Sodann noch eine Berichtigung über einen Patienten Hahn [1]), der wegen Carcinoms radical operirt wurde, und dessen Ende Sie in der Krause-schen Zusammenstellung finden werden. Sie werden dort verzeichnet finden, dass H. vorher von Böcker an Papillom dreimal operirt sei. Ich habe die exstirpirten Stücke mikrotomisch zerschnitten und fand, dass es sich von vornherein (!) um exquisites Carcinom gehandelt hat; ich habe deswegen den Fall trotz der Diagnose Papillom unter die primär bösartigen gereiht, und bitte Sie, die Berichtigung auch in der Krause'schen Zusammenstellung eintreten zu lassen."

Auf den Wunsch des Herausgebers, diesen Fall im Interesse der Sache für die Sammelforschung verwerthen zu dürfen, erwiderte College Schorler bejahend mit dem Hinzufügen, er sei sicher, im Geiste des verstorbenen Böcker zu handeln, indem er diesem Wunsche willfahre.

Die beiden folgenden Fälle, welche uns von einem sehr geschätzten Fachgenossen zur Verfügung gestellt worden sind, werden aus selbstverständlichen Gründen ohne Angabe der Namen der betheiligten Aerzte mitgetheilt. Sie illustriren sowohl die Schwierigkeit der Diagnose, wie die Vielfältigkeit der Auffassung eines und desselben Falles seitens mehrerer bekannter und erfahrener Specialisten:

3. „Unter den Fällen von Larynxcarcinom, welche ich Ihnen mitgetheilt habe, befindet sich einer, welcher noch besonders Interesse verdient. Ich will Ihnen kurz darüber Mittheilungen machen:

Am 26. Juni 1888 consultirte mich ein Herr, ca. 56 Jahre alt. Ich untersuchte den Patienten, welcher über Schmerzen klagte, die nach dem rechten Ohr hin ausstrahlten, und fand im Larynx mit Ausnahme eines kleinen weissen Punktes, welchen man für einen Schleimpartikel nehmen konnte, aufsitzend auf der Innenseite der rechten Aryknorpels — weiter nichts. Trotz Räusperns und Gurgelns ging derselbe nicht weg und erregte dadurch sofort meinen Verdacht, besonders da er die darauf folgenden Tage gerade wie zuvor sichtbar war. Ich nahm daher den Patienten in genaue Beobachtung und konnte verfolgen, wie das Knötchen

---

[1]) Sowohl der Name des Patienten, wie der des Chirurgen, war Hahn. Red.

weiteren Bela[illegible]
endgültigen [illegible]
Mikroscop u[illegible]
aber im and[illegible]
klinische [illegible]
Auch [illegible]
standen h[illegible]
im Laufe [illegible]
täuschen.
Jed[illegible]
viel mehr [illegible]
und würde
enthalten

Jeder [illegible]
den Falles [illegible]
seine von [illegible]
zu dienen,
zusprechen
2. [illegible]
gang gut[illegible]
sehen, re[illegible]
Auftrage
schlägig[illegible]
„[illegible]
werden.
cher au[illegible]
übergin[illegible]
Hausar[illegible]
anfängl[illegible]
kam de[illegible]
Damal[illegible]
[illegible]
kam, [illegible]

in die

briefli[illegible]

num[illegible]
beric[illegible]

..arngries. welcher ihm blutigen Urin veranlasste, durchzumachen, und trat von :u Augenblick aus meiner Behandlung. Ausser seinem Hausarzte hatte ich von ..ikroscopischen Diagnose an Niemand Mittheilung gemacht, aber diesem :en klaren Wein eingeschenkt, zudem es Differenzen mit dem Patienten ge- und ich abgelehnt hatte, ihn weiter zu behandeln. In C. machte derselbe ıalationen, aber am Ende seiner Cur wurde seine Stimme wieder schlechter, ı er im Juni auf seiner Heimreise in P. Prof. A. consultirte, welcher eine :ıdung der Stimmbänder diagnosticirte. Die weiteren Nachrichten habe ich -m behandelnden, mir befreundeten Arzt. Darauf kam Pat. wieder hierher ɾgab sich in Behandlung eines anderen Specialisten. Operirt wurde seit ·ıı Eingriff nicht mehr. Aber da die Tumoren nachwuchsen, so ging der .ehı behandelnde Arzt mit dem Patienten nach T., einen anderen bekannten ; sten zu consultiren. Man beschloss ein Stückchen aus dem Kehlkopf zu ..en. um es mikroscopisch zu untersuchen. Aber der Patient hielt so ..t, dass dies erst nach 3 Tagen gelang und dann wurde die Diagnose ..rcinom oder Epitheliom gestellt. Pat. reiste wieder hierher zurück. In- ..en wurden die Symptome immer schlimmer und es wurden unten den hie- Aerzten (8—10) Consultationen veranlasst und behauptet, es sei kein Car- .. sondern eine Perichondritis. Endlich wurde auch X. Y. berufen, welcher .etzterer Meinung angeschlossen zu haben scheint. Schliesslich musste die ..eotomie von einem hiesigen Chirurgen gemacht werden.

Eines schönen Tages wurde nun ein Stück necrotischen Knorpels (?) aus- :sen, und da können Sie sich die Freude von dem Perichondritisdiagnostiker .n, welcher nun glaubte, der Patient habe einen Knochen verschluckt ge- welcher im Hals gesteckt und nun herausgehustet worden sei. Trotz alle- ..ahm das Epitheliom seinen gewissen Weg und Patient starb schliesslich .. Jahre. nachdem er bei mir in Behandlung eingetreten war, an seiner ..cachexie. Natürlich fehlte es dabei nicht, dass man mich anklagte, wenn ..cht daran operirt hätte, so hätte der Krebs sich nicht entwickelt etc. etc. ..licherweise hatte ich aber, wie erwähnt, die mikroscopische und klinische ..ose gleich von Anfang gestellt und dem Hausarzt mitgetheilt."

Hält man die eben berichteten mit den schon früher mitgetheilten Fällen ..mlicher Diagnose (vgl. Ss. 93, 198 u. ff., 205, 309—318) zusammen, so ..en wohl die Schwierigkeiten der richtigen Beurtheilung scheinbar hierher- :iger Fälle keiner weiteren Auseinandersetzung bedürfen.

Es folgt nunmehr im nächsten, dem VIII. Abschnitt eine tabellarische ·rsicht über die Resultate der Sammelforschung, an welche sich im IX. die ..heinenden Fälle „spontanen" Uebergangs, im X. die „sicheren resp. wahr- ..nlichen" und im XI. die „zweifelhaften" Fälle von Umbildung nach intra- ..ngealen Operationen anschliessen werden. Die römischen Zahlen in Tabelle beziehen sich auf diese und die vorhergehenden Abschnitte, die ..bischen auf die Nummern, unter welchen die einzelnen Fälle in jedem ..chnitt aufgezählt sind.

VIII. Tabellarische Uebersicht

Laufende Nummer	Name und Wohnort des Beobachters.	Periode, über die sich seine Beobachtungen erstrecken.	Gesammtzahl der von ihm beobachteten gutartigen Kehlkopfgeschwülste.	Von diesen waren Papillome? (Anzugeben ob mikroscopisch bestimmt oder nur nach Aussehen geschlossen.)	Gesammtzahl der von ihm intralaryngeal operirten gutartigen Neubildungen.
[illegible]	[illegible]	1883—87	17	11 (7 mikroscopisch, 4 makroscopisch)	16
[illegible]	[illegible]	1882—88	19	13 (10 mikroscopisch)	16
[illegible]	[illegible]	1883—88	14	2 (makroscopisch)	11
4.	[illegible] (Brüssel)	1874 88	77	14 (5 mikroscopisch, 9 makroscopisch)	46
5.	[illegible] (Wien)	1878—88	12	—	12
6.	[illegible] (Riga)	1882—88	14	2 (1 mikroscopisch)	10
7.	[illegible]	1869—88	188	95 (theilweise mikroscop. untersucht)	114
8.	[illegible] (Madrid)	1877 88	65	Etwa 38 (viele Fälle galvanokaustisch behandelt; mikroscop. Untersuch. daher unmöglich)	53
9.	[illegible] (Berlin) [illegible] der Collegen [illegible]	1874 87	427	88 (meist nach Aussehen geschlossen)	320

ltate der Sammelforschung.

iesen lomen rirten p. hten rholte ter- gen ndig?	Hat der Beobachter je spontanen Uebergang gutartiger Kehlkopf-neubildungen in bösartige (d. h. ohne vorhergegangene intralaryngeale Operation) gesehen?	Hat der Beobachter je Uebergang gutartiger Geschwülste in bösartige nach intralaryngealen Operationen gesehen, resp. wie oft?	Gesammtzahl der von dem Beobachter gesehenen primär bösartigen Kehlkopf-geschwülste.	Hat er Fälle bösartiger Kehlkopfgeschwülste beobachtet, in denen die mikroscopische Untersuchung entfernter Fragmente keinen Aufschluss gab?	Etwaige addition. Bemerkungen, Referenzen auf bezügliche Publicationen des Beobachters etc.
2	Nein	Einmal. [Identisch mit Seifert's Fall.] (Vgl. X, 1.)	8	—	—
1	Nein	Nein	18	—	—
0	Nein	Einmal, zweifelhaft nach d. Beobachters eigener Ansicht. (Vgl. XI, 1.)	—	—	—
2	Einmal zweifelhaft. (Vgl. IX, 1.)	Einmal. (Vgl. X, 2.)	17	—	—
-	Nein	Nein	2	—	Die 12 Fälle stammen aus der Privatpraxis des Autors, nicht aus seiner Thätigkeit an der Wiener Poliklinik.
-	Nein	Nein	6	—	—
5 it be- t, ver- lich)	Nein	Zweimal. (Vgl. X, 8 u. 4.) Der zweite ist identisch mit dem Falle von Prinz.	20	—	—
5	Nein	Nein	7	—	—
8	Soweit aus d. nachgelassenen Journal. ersichtl., nie.	Zweimal, dav. d. zweite mit V. v. Bruns' u. P. Bruns' Falle identisch. (Vgl. X, 5 u. 6.)	26	Einmal. (Vgl. V, 1.)	—

Laufende Nummer.	Name und Wohnort des Beobachters.	Periode, über die sich seine Beobachtungen erstrecken.	Gesammtzahl der von ihm beobachteten gutartigen Kehlkopfgeschwülste.	Von diesen waren Papillome? (Anzugeben ob mikroscopisch bestimmt oder nur nach Aussehen geschlossen.)	Gesammtzahl der von ihm intralaryngeal operirten gutartigen Neubildungen.
10.	M. Boldyrew (Kasan)	1870—88	186	14—16 (theilweise mikroscop.)	184
11.	Brune (Hannover)	1878—88	46	10 (makroscopisch)	40
12.	V. v. Bruns (†) (Tübingen) (Durch Güte des Prof. P. Bruns.)	1861—81	Wenigstens 280	Wenigstens 155	280
13.	Paul Bruns (Tübingen)	1871—88	Wenigstens 125	Wenigstens 75	125
14.	H. T. Butlin (London)	1879—88	10	9 (6 mikroscopisch)	6
15.	W. E. Casselberry (Chicago)	1882—87	3	3 (2 mikroscopisch)	3
16.	O. Chiari (Wien)	1882—88	46	12 (6 mikroscopisch)	37
17.	J. Solis Cohen (Philadelphia)	1864—88	Mehr als 450	Etwa 350 (bei weitem die meisten nur makroscopisch)	Etwa 300
18.	Vincent Cozzolino (Neapel)	1877—88	42	32 (3—4 mikroscopisch)	42
19.	Eugène Eeman (Gent)	?	7	1 (makroscopisch)	7
20.	Guglielmo Fano (Triest)	1873—88	Wenigstens 76	?	68
21.	Charles Fauvel (Paris)	1861—88	Etwa 600	400	560
22.	B. Fränkel (Berlin)	Nur die Beobachtungen der Periode vom 1883 bis Ende 1887.	90	10 (sämmtlich mikrosc.)	77

iesen omen irten p. hten rholte fer- gen endig?	Hat der Beobachter je spontanen Uebergang gutartiger Kehlkopf-neubildungen in bösartige (d. h. ohne vorhergegangene intralaryngeale Operation) gesehen?	Hat der Beobachter je Uebergang gutartiger Geschwülste in bösartige nach intralaryngealen Operationen gesehen, resp. wie oft?	Gesammtzahl der von dem Beobachter gesehenen primär bösartigen Kehlkopfgeschwülste.	Hat er Fälle bösartiger Kehlkopfgeschwülste beobachtet, in denen die mikroscopische Untersuchung entfernter Fragmente keinen Aufschluss gab?	Etwaige addition. Bemerkungen, Referenzen auf bezügliche Publicationen des Beobachters etc.
·	Nein	Nein	—	—	—
8	Nein	Nein	8	—	—
'	Nein	[Ein Fall, der aber ident. m. Böcker's und Paul Bruns' Fall.] (Vgl. X, 6).	?	?	—
'	Nein	[Vgl. die Bemerkungen dieser Columne unter 9 u. 12, sowie X, 6.]	?	?	—
-	Nein	Nein	Sicher mehr als 20	Einmal. (Vgl. V, 2.)	—
2	Nein	Nein	—	—	—
8	Einmal wahrscheinlich. (Vgl. IX, 2.)	Nein	14	—	—
bt 10	Nein	Viermal, doch sind in allen Fällen nach des Autors eigener Ueberzeugung Gründe zum Zweifel an der ursprünglichen Gutartigkeit vorhanden. (Vgl. XI, 28, 4, 5.)	Wahrscheinlich 100 [Meist in Consultation, daher die grosse Zahl.]	Ja, in mehreren Fällen, doch sind keine Details notirt.	—
-	Nein	Nein	10	Zweimal, Details nicht angegeben.	—
-	Nein	Nein	12	—	—
'	Einmal, zweifelhafter Fall. (Vgl. IX, 8.)	Einmal. (Vgl. X, 7.)	80	—	—
0	Nein	Einmal, zweifelhaft. (Vgl. IX, 6.)	150	—	—
8	Nein	Nein	15	Ja, zweimal. (Vgl. V, 8.)	—

Auch in der früheren Zeit nicht, über welche statistische Angaben nicht gemacht sind.

Laufende Nummer.	Name und Wohnort des Beobachters.	Periode, über die sich seine Beobachtungen erstrecken.	Gesammtzahl der von ihm beobachteten gutartigen Kehlkopfgeschwülste.	Von diesen waren Papillome? (Anzugeben ob mikroscopisch bestimmt oder nur nach Aussehen geschlossen.)	Gesammtzahl der von ihm intralaryngeal operirten gutartigen Neubildungen.	Gesammtzahl der von ihm intralaryngeal operirten Papillome.
23.	Eugen Fränkel (Hamburg)	1879—87	10	5 (sämmtlich mikrosc.)	7	4
24.	W. Freudenthal (New-York)	1885—88	7	2	7	2
25.	M. A. Fritsche (Berlin)	1878—88	87	21 (theilweise mikroscop.)	66	15
26.	J. Garel (Lyon)	1881—88	77	6 (2 mikroscopisch)	62	5
27.	W. C. Glasgow (St. Louis)	1870—88	12	8	8	5
28.	J. W. Gleitsmann (New-York)	1868—88	68	45 (15 mikroscopisch)	86	27
29.	J. Gottstein (Breslau)	1865—88	131	20 (6 mikroscopisch)	86	13
30.	Vittorio Grazzi (Florenz)	1879—88	52	Etwa 400 (theilweise mikroscop.)	34	26
31.	Joseph Gurowitsch (Odessa)	1882—87	39	22 (14 mikroscopisch)	31	17
32.	Alex Haslund (Kopenhagen)	1878—88	56	56 (2—3 mikroscopisch)	54	54
33.	Richard A. Hayes (Dublin)	1878—88	3	1 (mikroscopisch)	1	1
34.	Paul Heinrich (Wiesbaden)	1878—88	14	4 (nur nach Aussehen geschlossen)	8	4
35.	Adolf Heller (Nürnberg)	1867—87	33	12 (1 mikroscopisch)	27	10
36.	Gordon Holmes (London)	1876—88	43	32 (5 — 6 mikroscopisch)	35	29
37.	George B. Hope (New-York)	1882—88	13	8	6	5

				Kehl-	Etwaige addition. Bemerkungen, Referenzen auf bezügliche Publicationen des Beobachters etc.
	Nein			—	—
	Nein			—	—
	Nein	[illegible]		—	—
	Nein	[illegible]		—	—
	Nein			—	—
	Nein			—	—
	[illegible] wahr- [illegible] Vgl. [illegible] 2		1	—	—
	[illegible]	Viermal [illegible] aller [illegible] des [illegible] Ueberne[illegible] de [illegible] der [illegible] Gesammt[illegible] landes [illegible] (Vgl. XI [illegible])	6	Einmal. (Vgl. V, 5.)	—
			10	—	—
			2	—	—
			5	—	—
			8	—	—
			? [Vgl. letzte Columne.]	—	Nur in einem der 17 vom Autor gesehenen einschlägigen Fälle konnte mit Bestimmtheit der Kehlkopf als Ausgangspunkt des Krebses bezeichnet werden.
		Dr. Clinton citirt."	?	—	—

Nr.	Von diesen wurden Papillome (Anzahl ... mikroskopisch bestimmt oder nur nach Aussehen geschlossen.)	Gesammtzahl der von ihm intralaryngeal operirten gutartigen Neubildungen.
2[illegible]	23 ([illegible] alle mikroscop.)	90
2[illegible]	5 (nur nach Aussehen geschlossen)	8
25		
26	10 ([illegible]weise mikroscop.)	10
	[illegible]	8
27	109 ([illegible] mikroscopisch)	117
	4	8
28	5 (nach Aussehen geschlossen)	Etwa 100
29		
30	14 ([illegible] mikroscopisch)	58
31	[illegible]7 ([illegible] mikroscopirt)	61
32	77	162
33		
34	2 (mikroscopisch)	7
	[illegible]69 (nach Aussehen geschlossen)	100
35.		
36.	ca. 40 ([illegible] mikroscop.)	Etwa 40
	2 (mikroscopisch)	4
37	97 ([illegible] mikroscopisch festgestellt)	124



…sen …men …rten … …en …olte …r- …n …dig?	Hat der Beobachter je spontanen Uebergang gutartiger Kehlkopfneubildungen in bösartige d. h. (ohne vorhergegangene intralaryngeale Operation) gesehen?	Hat der Beobachter je Uebergang gutartiger Geschwülste in bösartige nach intralaryngealen Operationen gesehen, resp. wie oft?	Gesammtzahl der von dem Beobachter gesehenen primär bösartigen Kehlkopfgeschwülste.	Hat er Fälle bösartiger Kehlkopfgeschwülste beobachtet, in denen die mikroscopische Untersuchung entfernter Fragmente keinen Aufschluss gab?	Etwaige addition. Bemerkungen, Referenzen auf bezügliche Publicationen des Beobachters etc.
	Nein	Nein	Etwa 20	Ja (Vgl. V, 6.)	—
	Nein	Nein	?	—	—
	Nein	Nein	8	—	—
	Nein	Nein	?	—	—
	Nein	Nein	85	Ja, zweimal. (Vgl. V, 7.)	—
	Nein	Nein	2	—	—
	Nein	Nein	7	—	—
	Nein	Nein	9	—	—
	Nein	Nein (Vgl. aber V, S. 309.)	9	—	—
	Nein	Einmal, aber zweifelhaft nach d. Autors eigener Ansicht. (Vgl. XI, 9.)	105	—	—
	Nein	Nein	2	—	—
	Nein	Nein	25	—	Die angegebenen Zahlen sind nur annähernd und entsprechen den Minimalziffern der Beobachtungen des Verfassers.
.5	Nein	Nein	Etwa 8	—	—
	—	—	—	—	—
	Einmal, zweifelhaft. (Vgl. IX, 5.)	Nein	21	—	—

[illegible] diesen waren Papillome? ([illegible] ob mikro[illegible] bestimmt oder nur [illegible] Aussehen geschlossen.)	Gesammtzahl der von ihm intralaryngeal operirten gutartigen Neubildungen.
5 ([illegible] Aussehen geschlossen)	8
8 ([illegible] Aussehen geschlossen)	22
8	18
6	12
76 (alle mikroscopirt)	116
117 (viele mikroscop.)	141
8 (nach Aussehen geschlossen)	14
10 (nach Aussehen)	80
?	92
2	—
16 (3 mikroscop.)	36
72 (meist nur nach Aussehen geschlossen)	84

…sen …sen …rten … …sn …site …r- …s …lig?	Hat der Beobachter je spontanen Uebergang gutartiger Kehlkopf-neubildungen in bösartige d. h. (ohne vorhergegangene intralaryngeale Operation) gesehen?	Hat der Beobachter je Uebergang gutartiger Geschwülste in bösartige nach intralaryngealen Operationen gesehen, resp. wie oft?	Gesammtzahl der von dem Beobachter gesehenen primär bösartigen Kehlkopf-geschwülste.	Hat er Fälle bösartiger Kehlkopfgeschwülste beobachtet, in denen die mikroscopische Untersuchung entfernter Fragmente keinen Aufschluss gab?	Etwaige addition. Bemerkungen, Referenzen auf bezügliche Publicationen des Beobachters etc.
	—	Nein	?	—	—
	Nein	Einmal mit Sicherheit (der Fall ist identisch mit Störk's Fall, vgl. X, 15); einmal sehr zweifelhaft nach des Autors eigener Meinung. (Der Fall ist identisch mit Schnitzler's Falle. (Vgl. XI, 12).	14	—	—
	Nein	Nein	8	(Vgl. V, 9.)	—
	Nein	Nein	8	Einmal (Vgl V, 10.)	—
	Nein	Nein	27	Zweimal. (Vgl. V, 11.)	—
…k 6	Nein	Nein	89	Ja, mehrere. (Vgl. V, 12.)	—
	Nein	Nein	8	—	—
	Nein (Vgl. IV, 199.)	Nein	?	—	—
	Nein	Einmal. (Vgl. X, 8.)	ca. 20	—	—
	Nein	Nein	2	Einmal. (Vgl. V, 13.)	—
	—	Einmal. [Fall identisch mit dem Navratil's.] (Vgl. X, 9.)	9	Nein	—
	Nein	Nein aber einmal 8 Jahre nach Entfernung einer gutartigen Neubildg. Krebs der anderen Seite!	28	Nein	—

Laufende Nummer.	Name und Wohnort des Beobachters.	Periode, über die sich seine Beobachtungen erstrecken.	Gesammtzahl der von ihm beobachteten gutartigen Kehlkopfgeschwülste.	Von diesen waren Papillome? (Anzugeben ob mikroscopisch bestimmt oder nur nach Aussehen geschlossen.)	Gesammtzahl der von ihm intralaryngeal operirten gutartigen Neubildungen.
66.	Emerich Navratil (Budapest)	1862—88	788	287 (167 mikroscop.)	511
			Diese Zahlen repräsentiren nur längere Beobachtungen, nicht die nur einmal gesehenen Fälle.		
67.	Martin Neukomm (Bad Heustrich-Andermatt)	1880—87	12	?	9
68.	David Newman (Glasgow)	1878—88	? [zweifellos mehr als 18]	18 (15 mikroscopisch untersucht)	?
69.	M. J. Oertel (München)	1862—88	mindestens 469	mindestens 212	469
70.	A. W. Orwin (London)	1879—88	22	5	Etwa 15
71.	Paulsen (Kiel)	1883—88	19	8 (2 mikroscop.)	17
72.	O. Prinz (Dresden)	1864—88	171	21 (nur nach Aussehen)	136
73.	Leopold Réthi (Wien)	1885—88	14	8 (2 mikroscop.)	11
74.	G. Rosenfeld (Stuttgart)	1876—87	22	8 (5 mikroscop.)	21
75.	M. J. Rossbach (Jena)	1867—88	80	56 (darunter 7 multiple mikroscop.)	68
76.	W. Roth (Wien)	1873—88	31	4 (mikroscop.)	31
77.	Rühlmann (St. Petersburg)	1874—88	29	2 (nach Aussehen geschlossen)	16



...sen ...men ...rten ... ...ten ...elte ...r- ...gen ...ndig?	Hat der Beobachter je spontanen Uebergang gutartiger Kehlkopf-neubildungen in bösartige (d. h. ohne vorhergegangene intralaryngeale Operation) gesehen?	Hat der Beobachter je Uebergang gutartiger Geschwülste in bösartige nach intralaryngealen Operationen gesehen, resp. wie oft?	Gesammtzahl der von dem Beobachter gesehenen primär bösartigen Kehlkopf-geschwülste.	Hat er Fälle bösartiger Kehlkopfgeschwülste beobachtet, in denen die mikroscopische Untersuchung entfernter Fragmente keinen Aufschluss gab?	Etwaige addition. Bemerkungen, Referenzen auf bezügliche Publicationen des Beobachters etc.
8	Einmal, zweifelhafter Fall. (Vgl. IX, 6.)	Einmal. Der Fall ist identisch mit dem Morelli's. (Vgl. X, 9.)	87	Einmal. (Vgl. V, 14.)	—
-	Nein	Nein	2	-	—
6	Einmal (Vgl. IX, 7)	Zweimal (Vgl. X, 10 u. 11.)	26	Viermal. (Vgl. V, 15.)	—
...tere ...idive	Nein	Nein	46	—	—
2	Nein	Zweifelhaft. Details fehlen.	Etwa 12	Nein	—
1	Nein	Nein	8	Nein	—
7	Nein	Zweimal, ein Fall zweifelhaft, d. andere identisch mit einem Falle Beschorner's. (Vgl X, 4 und XI, 10)	11	Nein	—
1	Nein	Nein	8	Nein	Diese Zahlen repräsentiren nur die Privatpraxis des Beobachters.
3	Nein	Nein	5	—	—
...mul- ...reci- ...en sämmtlich. Ueber ...olitären keine An- ...gemacht.	Nein	Nein	5	Nein	—
1	Nein	Nein	5	Nein	—
—	Nein	Nein	4	—	—

Laufende Nummer.	Name und Wohnort des Beobachters.	Periode, über die sich seine Beobachtungen erstrecken.	Gesammtzahl der von ihm beobachteten gutartigen Kehlkopfgeschwülste.	Von diesen waren Papillome? (Anzugeben ob mikroscopisch bestimmt oder nur nach Aussehen geschlossen.)	Gesammtzahl der von ihm intralaryngeal operirten gutartigen Neubildungen.	[illegible]
78.	Th. A. Rumbold (St. Louis)	1866 - 88 [Die Notizen mehrerer späterer Jahre sind verloren gegangen.]	187	28 (meist nur nach Aussehen)	74	[illegible]
79.	Schadewaldt (Berlin)	1870 - 88	58	49 (meist nur nach Aussehen)	17	[illegible]
80.	Max Schaeffer (Bremen)	1874 - 87	78	8 (4 mikroscopisch untersucht)	74	
81.	Philipp Schech (München)	1875—87	64	16 (theilweise mikroscop.)	60	[illegible]
82.	Gottfried Scheff (Wien)	1 Jahr [aus früheren Perioden, keine Aufzeichnungen.]	3	1 (mikroscop.)	3	
83.	Moritz Schmidt (Frankfurt a. M.)	1868 - 88	827	59 (15 mikroscop.)	216	[illegible]
84.	E. Schmiegelow (Kopenhagen)	1884—88	25	7 (3 mikroscop.)	21	[illegible]
85.	Joh. Schnitzler (Wien)	1878 - 88 [Nur d. Material der Poliklinik, nicht d. Privatpraxis, zu den statistischen Angaben benutzt.]	292	Die „meisten" der gutartigen Geschwülste waren Papillome. [Also jedenfalls in minimo 150. Red.] (Viele mikroscopisch untersucht.)	mindestens 250	[illegible]
86.	Schoetz (Berlin)	1874—88	148	86 (meist nur nach Aussehen)	64	[illegible]



…iesen …omen …irten …p. …ten …holte …fer- …gen …ndig?	Hat der Beobachter je spontanen Uebergang gutartiger Kehlkopfneubildungen in bösartige (d. h. ohne vorhergegangene intralaryngeale Operation) gesehen?	Hat der Beobachter je Uebergang gutartiger Geschwülste in bösartige nach intralaryngealen Operationen gesehen, resp. wie oft?	Gesammtzahl der von dem Beobachter gesehenen primär bösartigen Kehlkopfgeschwülste.	Hat er Fälle bösartiger Kehlkopfgeschwülste beobachtet, in denen die mikroscopische Untersuchung entfernter Fragmente keinen Aufschluss gab?	Etwaige addition. Bemerkungen, Referenzen auf bezügliche Publicationen des Beobachters etc.
	Nein	Nein	9	—	—
	Nein	Nein	4	Nein	—
	Nein	Nein	14	Nein	—
	Nein	Vielleicht einmal, doch glaubt Beob. selbst sicher, dass die Geschwulst vom Beginne bösartig war. (Vgl. XI, 11.)	5	Nein	—
	Nein	Nein	—	—	—
	Nein	Nein (Zwei Fälle, in denen man an eine Umwandlung denken konnte, sind nach des Beobachters eigener Ansicht zu ungewiss, um hier herangezogen werden zu können.)	58	Nein	—
	Nein	Nein	4	Nein (vgl. aber V, 16)	—
	—	Dreimal in zwei Fällen (vgl. X, 12 u. 13) glaubt Beobachter sicher, eine Umwandlung annehmen zu können; der dritte Fall, welcher identisch mit Mahl's Fall ist (vgl. XI, 12), ist sehr zweifelhaft.	48	—	—
	Nein	Nein	14	Mehrere Fälle. (Details nicht angegeben.)	—



Laufende Nummer.	Name und Wohnort des Beobachters.	Periode, über die sich seine Beobachtungen erstrecken.	Gesammtzahl der von ihm beobachteten gutartigen Kehlkopfgeschwülste.	Von diesen waren Papillome? (Anzugeben ob mikroscopisch bestimmt oder nur nach Aussehen geschlossen.)	Gesammtzahl der von ihm intralaryngeal operirten gutartigen Neubildungen.	Gesamm[t]zahl d[er] von ih[m] intr[a]lary[n]geal o[pe]rirte[n] Papi[l]lome
87.	C. Schorler (Berlin)	1885 - 88	74	21 (theilweise mikroscop.)	49	19
88.	M. Schramm (Dresden)	1876 – 88	17	2 (nur nach Aussehen geschlossen)	13	2
89.	L. v. Schroetter (Wien)	1864—88	471 [Nur Krankenhaus-Material.]	98	471	9[illegible]
90.	Albert Seeligmann (Karlsruhe)	1869 – 87	41	18 (6 mikroscop.)	32	12
91.	Otto Seifert (Würzburg)	1888 - 88	12	2 (mikroscop.)	6	2
92.	Carl Seiler (Philadelphia)	1872 – 88 [Die Aufzeichnungen d. Verfassers sind theilweise bei einem Brande zerstört worden.]	21	12 (sämmtl. mikroscop.)	18	10
93.	Felix Semon (London)	1877 - 88 [Die Aufzeichnungen beziehen sich nur auf die Privatpraxis des Beobachters und seine Thätigkeit am St. Thomas-Hospital. Ueber die 1877 bis 1882 von ihm im Throat-Hospital beobachteten Fälle besitzt er keine Notizen.	65	25 (12 mikroscop.)	41	19

…n diesen …pillomen …ndivirten resp. …nachten …iederholte Entfernungen …tl.wendig?	Hat der Beobachter je spontanen Uebergang gutartiger Kehlkopfneubildungen in bösartige (d. h. ohne vorhergegangene intralaryngeale Operation) gesehen?	Hat der Beobachter je Uebergang gutartiger Geschwülste in bösartige nach intralaryngealen Operationen gesehen, resp. wie oft?	Gesammtzahl der von dem Beobachter gesehenen primär bösartigen Kehlkopfgeschwülste.	Hat er Fälle bösartiger Kehlkopfgeschwülste beobachtet, in denen die mikroscopische Untersuchung entfernter Fragmente keinen Aufschluss gab?	Etwaige addition. Bemerkungen, Referenzen auf bezügliche Publicationen des Beobachters etc.
10	Nein	Nein	[Die von d. Beob. gesehenen sind unter den Boeckerschen Beobachtungen einbegriffen.]	Nein	—
2	Nein	Nein	1	Nein	—
?	Nein	Vielleicht einmal (vgl. XI, 18), doch glaubt Beobachter selbst, dass von Anfang an bösartige Elemente vorhanden gewesen sind.	?	Ja (Vgl. V, 17.)	—
7	Nein	Einmal. (Vgl. X, 14.)	2	Nein	—
2	Nein	Einmal. Der Fall ist identisch mit demjenigen Aschenbrandt's (Vgl. X, 1.)	2	Nein	Ein zweiter, von dem Beobachter gelegentlich der Naturforscherversammlung zu Wiesbaden erwähnter Fall wahrscheinlicher Umwandlung ist seiner Ansicht nach zu kurz in Beobachtung gewesen, um für die Statistik irgend welche Verwerthuug finden zu können.
3	Nein	Einmal. Nach des Beobachters eigener Ansicht sehr zweifelhaft. Der Eall ist identisch mit einem von J. Solis Cohen's Fällen. (Vgl. XI, 4.)	6	Nein	—
8	Nein	Nein	56	Oefters (vgl. I., S. 184; IV, S. 204; V, S. 307 etc.).	Die unverhältnissmässig grosse Zahl der Fälle bösartiger Neubildungen gegenüber derjenigen von gutartigen erklärt sich aus dem grossentheils consultativen Charakter der Privatpraxis des Beobachters.

Laufende Nummer.	Name und Wohnort des Beobachters.	Periode, über die sich seine Beobachtungen erstrecken.
78.	**Th. A. Rumbold** (St. Louis)	1866 - 83 [Die Notiz[illegible] mehrerer [illegible] sind verl[illegible]
79.	**Schadewaldt** (Berlin)	1870 [illegible]
80.	**Max Schaeffer** (Bremen)	1874
81.	**Philipp Schech** (München)	187[illegible]
82.	**Gottfried Scheff** (Wien)	
83.	**Moritz Schmidt** (Frankfurt a. M.)	
84.	**E. Schmieg[illegible]** (Kopenha[illegible])	
85.	**Joh. Schn[illegible]** (Wie[illegible])	
86.	[illegible]	

[illegible]	[illegible] … oft?	Gesammtzahl der von dem Beobachter gesehenen primär bösartigen Kehlkopfgeschwülste.	Hat er Fälle bösartiger Kehlkopfgeschwülste beobachtet, in denen die mikroscopische Untersuchung entfernter Fragmente keinen Aufschluss gab?	Etwaige addition. Bemerkungen, Referenzen auf bezügliche Publicationen des Beobachters etc.
[illegible]	… unter den … bildungen	[Die von d. Beob. ge- … Boecker- … einbegriffen.]	Nein	—
[illegible]		1	Nein	—
[illegible]	… einmal (vgl. … doch glaubt … hier selbst, dass … Anfang an bös- … Elemente vor- … gewesen sind.	?	Ja (Vgl. V, 17.)	—
[illegible]	Einmal. (Vgl. X, 14.)	2	Nein	—
[illegible]	… Der Fall ist …tisch mit dem- …igen Aschen-brandt's (Vgl. X, …)	2	Nein	Ein zweiter, von dem Beobachter gelegentlich der Naturforscherversammlung zu Wiesbaden erwähnter Fall wahrscheinlicher Umwandlung ist seiner Ansicht nach zu kurz in Beobachtung gewesen, um für die Statistik irgend welche Verwerthuug finden zu können.
[illegible]	Einmal. Nach des Beobachters eigener Ansicht sehr zweifelhaft. Der Eall ist identisch mit einem von J. Solis Cohen's Fällen. (Vgl. XI, 4.)	6	Nein	—
[illegible]	Nein	56	Oefters (vgl. I., S. 134; IV, S. 204; V, S. 307 etc.).	Die unverhältnissmässig grosse Zahl der Fälle bösartiger Neubildungen gegenüber derjenigen von gutartigen erklärt sich aus dem grossentheils consultativen Charakter der Privatpraxis des Beobachters.

Laufende Nummer.	Name und Wohnort des Beobachters.	Periode, über die sich seine Beobachtungen erstrecken.	Gesammtzahl der von ihm beobachteten gutartigen Kehlkopfgeschwülste.	Von diesen waren Papillome? (Anzugeben ob mikroscopisch bestimmt oder nur nach Aussehen geschlossen.)	Gesammtzahl der von ihm intralaryngeal operirten gutartigen Neubildungen.
107.	W. Mc Neill Whistler (London)	1877—88	26	19 (meistens nach Aussehen)	14
Zusammen: 107 Beobachter		1862—88	10747	4190*)	8216

*) Definitive Zahlenangaben über vorgenommene mikroscopis[...] rungen der Autoren mit Sicherheit hervor, dass mikroscopische U[...] scheinen könnte.

**) Definitive Zahlenangaben nur über 480 Fälle von Recidi[...] entnehmen, dass viele Fälle sich weiterer Beobachtung entzogen haben [...] obiger Ziffer scheinen könnte.

***) Ein solcher Uebergang ist in 31 Fällen berichtet worden und [...] wahrscheinlich, erfolgt. In den anderen 15 ist es theilweise sehr fragl[...] Degeneration aufgefasst werden können, und 12 derselben werden [...]



...iesen ...omen ...irten ...p. ...hten ...holte ...fer- ...gen ...endig?	Hat der Beobachter je spontanen Uebergang gutartiger Kehlkopf-neubildungen in bösartige (d. h. ohne vorhergegangene intralaryngeale Operation) gesehen?	Hat der Beobachter je Uebergang gutartiger Geschwülste in bösartige nach intralaryngealen Operationen gesehen, resp. wie oft?	Gesammtzahl der von dem Beobachter gesehenen primär bösartigen Kehlkopfgeschwülste.	Hat er Fälle bösartiger Kehlkopfgeschwülste beobachtet, in denen die mikroscopische Untersuchung entfernter Fragmente keinen Aufschluss gab?	Etwaige addition. Bemerkungen. Referenzen auf bezügliche Publicationen des Beobachters etc.
4	Nein	Einmal in einem Falle Whipham's. Die von letzterem gegebene Beschreibung lässt es zweifelhaft, ob es sich nicht von Anfang an um eine Mischform handelte. (Vgl. XI, 15.)	12	—	—
...**)	12 anscheinend hierher gehörige Fälle, von denen die meisten aber zweifelhaft.	31***)	1550	Solche Fälle sind sehr häufig beobachtet.	—

...ersuchung sind nur in 612 Fällen gemacht; doch geht aus den Aeusse-...ungen viel häufiger angestellt worden sind, als es nach diesen Zahlen

...acht; doch ist aus den Aeusserungen der Beobachter mit Sicherheit zu ... die Zahl der recidivirenden Fälle eine weit grössere ist, als es nach

...s derselben anscheinend thatsächlich, oder doch mehr oder minder ...weise unwahrscheinlich, dass dieselben als Beispiele wirklicher ...klich von den Beobachtern selbst als zweifelhaft bezeichnet.

(Fortsetzung folgt.)



II. Referate.

a. Allgemeines und äusserer Hals.

1) T. Walley (Edinburgh). **Beziehung der Tuberculose bei Thieren zur Phthisis beim Menschen. (Animal tuberculosis in relation to consumption in man.)** *Edinburgh Med. Journal. Mai, Juni 1888.*

Die Arbeit ist nicht zu einem Auszug für das Centralblatt geeignet, da sie nur casuistische Hinweise auf Affectionen enthält, wie sie in dem Respirationsapparat der verschiedenen Thierarten sich finden. Für diejenigen jedoch, welche solche Hinweise auf diesem Gebiet wünschen, wird das Studium dieser Arbeit sehr zweckmässig sein.

P. M'BRIDE.

2) C. Orecchia (Siena). **Zwei Fälle von Kiemenbogenfisteln. (Sopra due casi di fistole branchiali.)** *Gaz. Med. di Turin. 3. Mai 1888.*

Nach einigen allgemeinen Bemerkungen über die Kiemenfisteln (ihren Ursprung, Structur, Behandlung etc.) berichtet O. zwei von ihm und Horaro operirte Fälle. Im ersten Fall handelte es sich um eine Medianfistel des Halses, in dem zweiten um eine bilaterale praeauriculare Kiemenfistel. Operation nach der Methode der Totalexstirpation: Heilung.

CARDONE.

3) Lediard (Carlisle). **Naevus der Parotisgegend. (Naevus of the parotid region.)** *Edinburgh Med. Journal. April 1888.*

Es wurde der Carlisle Medical Society ein Kind vorgestellt, bei dem der genannte Tumor exstirpirt worden war.

M'BRIDE.

4) W. J. Walsham (London). **Ein Fall von Tumor des Unterkiefers: Ausschälung, Entfernung der linken Hälfte des Unterkiefers. (A case of tumour of the lower jaw: Enucleation, removal of the left half of the lower jaw.)** *Brit. Med. Journ. 12. Mai 1888.*

Der Titel erklärt den Inhalt, welcher nur eine sehr entfernte Beziehung zu unserem Fach hat. Der Tumor war eine multiloculäre Cyste epithelialer Form.

A. E. GARROD.

b. Nase und Nasenrachenraum.

5) Joal (Mont-Dore). **Epistaxis, ausgehend vom Geschlechtsapparat. (De l'epistaxis génitale.)** *Revue de laryng. du Dr. Moure. No. 12. Februar 1888.*

Verfasser schlägt folgende Classificationen der Epistaxisformen vor: 1. die traumatische und ulceröse, 2. die dyskrasische, 3. die mechanische, 4. die vasomotorische. Letztere studirt er besonders. Er verweist auf die directen und psychischen Reize, welche eine Ueberfüllung und Zerreissung der Maschen des cavernösen Gewebes der Nasenhöhlen bewirken. Ferner bespricht er die An-

sichten der Autoren über die Nasenblutungen im Jünglingsalter und führt Beweise für den physiologischen Zusammenhang zwischen der Nase und den Geschlechtsorganen an. Er beweist die Existenz einer catameniellen und copulativen Epistaxis. Sechs Beobachtungen zeigen deutlich die Einwirkung der Onanie und die Bedeutung des Geschlechtsfactors für das Entstehen der Epistaxis bei jungen Leute. Joal ist jedoch weit entfernt von der Annahme, dass jede Epistaxis in der Pubertätsperiode diesen Entstehungsmodus hat. E. J. MOURE.

6) **J. E. Lowery. Nasencatarrh. (Nasal catarrh.)** *Denver Med. Times. März 1888.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

7) **Nathaniel Stevenson** (London). **Carbolsäure gegen Nasencatarrh. (Carbolic acid in nasal catarrh.)** *Brit. Med. Journal. 7. April 1888.*

S. erwähnt einen Fall, in dem ein Spülwasser von Karbolsäure, Chloroformspiritus, Myrrhentinctur und Eau de Cologne von der besten Wirkung bei einem an Nasencatarrh Leidenden war. A. E. GARROD.

8) **Roux. Behandlung der Coryza. (Le traitement du coryza.)** *Revue génér. de Clin. et de thérap. 22. October 1887.*

In der ersten Periode der acuten Coryza wird die Behandlung besonders in Derivantien auf die unteren Extremitäten und im Zimmeraufenthalt bestehen. In der zweiten wird Atropin zu $^1/_2$ Mgrm. gute Resultate geben.

In der chronischen Form wird man Irrigationen mit Salzwasser, Chloral ($^1/_{250}$) anwenden. Später wird man daneben noch zum Galvanocauter greifen. E. J. MOURE.

9) **J. A. Stucky. Notiz über catarrhalische Entzündung der Nase bei jungen Menschen. Behandlung. (Notes on catarrhal inflammation of the nasal cavities in the young. Treatment.)** *Cincinnati Medical Journal. 15. April 1888.*

Der Zweck der Arbeit ist, den Aerzten die Wichtigkeit der frühzeitigen Erkenntniss dieser Krankheiten in der Kindheit und die Nothwendigkeit ihrer frühzeitigen Behandlung einzuprägen. Ausserdem giebt St. Rathschläge, wie man Kinder kleiden solle und betont die Gefahr des Tabakrauchens. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

10) **G. F. Cott. Vordere hypertrophische Rhinitis. (Anterior hypertrophic rhinitis.)** *Medical Press Buffalo. März 1888.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

11) **Largeau. Hypertrophie der Nasenmuscheln. (Hypertrophie des cornets.)** *Poitou méd. 1. December 1887.*

Nicht zu beschaffen. E. J. MOURE.

12) **Arthur W. Sandford** (Newcastle on Tyne). **Ein Fall von hartnäckigem Niesen. (Case of persisting sneezing.)** *Brit. Med. Journal. 17. März 1888.*

Ein 10jähriger Knabe wurde am 24. Februar von hartnäckigem Niesen befallen, das alle Viertelstunde auftrat. Es konnte kein Grund hierfür aufgefunden werden, doch hatte er seit einiger Zeit bisweilen über heftigen Kopfschmerz geklagt. Durch Bromkali hatte er von je drei Nächten in einer Ruhe. Chloroform und



Galvanisation hatten keinen dauernden Nutzen. Es wurde ein Vesicator in den Nacken gelegt und grosse Dosen Jodkali gegeben. Am 7. Tage, am 5. März hörte das Niesen plötzlich auf, das, mit Ausnahme von einigen Stunden Schlaf in drei Nächten, zehn Tage angedauert hatte. A. E. GARROD.

13) **T. Gerald Garry** (Liverpool). **Krampfniesen. (Paroxysmal sneezing.)** *Brit. Med. Journal. 30. Juni 1888.*

G. berichtet einen Fall bei einer jungen Dame, welche an stetig wiederkehrenden Anfällen von Nasencatarrh litt, der, nachdem viele Behandlungsarten erfolglos gewesen waren, durch comprimirte Luft glücklich geheilt wurde. Patientin wurde anfänglich unter einen Druck von 7 Pfund gebracht, nahezu $1^1/_2$ Atmosphären, und 14 Tage später wurde der Druck auf zehn Pfund erhöht. Nach einmonatlicher Behandlung war sie thatsächlich gesund. A. E. GARROD.

14) **Lafforgue. Beitrag zum Studium der Reflexneurosen nasalen Ursprungs. (Contribution à l'étude des névroses réflexes d'origine nasale.)** *Thèse de Bordeaux. 1888.*

Nach einer sehr kurzen Geschichte der Frage und einigen Angaben über die Anatomie und Physiologie der Schwellkörper der Nasenhöhlen theilt Verfasser seine Resultate mit. Auf geringe Reizung der Riechschleimhaut erhielt er bei Kaninchen eine Verlangsamung der Respirationsbewegungen und der Herzpulsationen. — Einige Beobachtungen beschliessen diese Arbeit. — Nichts Neues.
E. J. MOURE.

15) **Frank H. Bosworth. Die Anwendung von Causticis in der Nasenhöhle. (The use of caustics in the nasal cavities.)** *New-York Med. Journal. 10. März 1888.*

Die Anwendung eines Aetzmittels zur Hemmung eines entzündlichen Processes scheint etwas paradox zu sein; wir besitzen jedoch bei dem gegenwärtigen Stand unserer therapeutischen Hilfsquellen kein wirksameres Mittel.

Das Verfahren besteht in Cauterisirung der Nasenschleimhaut. Nachdem man zuvor Cocain aufgepinselt hat, bis die Stelle blutleer und völlig contrahirt ist, zerstört man behutsam mit einem Causticum die Elasticität eines kleinen Herdes an seiner hervorragendsten Stelle und nagelt die Schleimhaut gleichsam auf solche Weise fest, dass sie nicht wieder anschwellen kann. Wir treiben das Blut aus den Theilen aus und dämmen es gleichsam ab. So hemmen wir die Hyperämie und gestatten den ausgedehnten Blutgefässen ihren Tonus wieder zu gewinnen, indem wir den erschlafften Wänden genügend lange Ruhe verschaffen, um ihre contractile Kraft wiederzuerhalten.

Das Hauptelement bei den acut entzündlichen Veränderungen bildet die vasomotorische Parese. Es ist eine vernünftige Ansicht, dass bei der chronischen Entzündung die Muskeln, welche das Kaliber der Gefässe reguliren, durch ihre Schwächung und Erschlaffung einen hervorragenden Antheil haben. Indem wir die Blutzufuhr zu den entzündeten Theilen beschränken, erreichen wir noch ein [illegible] und wichtiges Ziel: Wir modificiren in gewisser Ausdehnung die Er[illegible] Schleimhaut und bewirken so durch einen retrograden Process eine

Abnahme der ohne Frage durch vermehrten Blutzufluss entstandenen Hypertrophie.

Einige kleine Crystalle von Chromsäure haben dieselbe zerstörende Kraft, wie der Galvanocauter. Sie sind ausserdem leichter zu handhaben und können mit grösserer Genauigkeit applicirt werden. Grade von letzterer aber hängt oft der Erfolg der Behandlung ab. B. zieht die Chromsäure jedem anderen Mittel vor. Auch ihre locale Wirkung giebt ihr den Vorzug vor allen anderen Mitteln.

LEFFERTS.

16) **Carl Seiler. Ecchondrosen der Nasenscheidewand und deren Abtragung. (Ecchondroses of the septum narium and their removal.)** *New-York Medical Record. 18. Februar 1888.*

C. kommt zu dem Schluss, dass es in vielen Fällen nothwendig ist, die normale glatte Fläche des Septums herzustellen, um den chronischen Nasencatarrh zu heilen.

Die Ursache der einfachen knorpeligen Excrescenzen ist nicht eine äussere Wunde, sondern ein innerer localer Reiz und zwar primär des knorpeligen Septums und secundär des Perichondriums.

Bestehen die Excrescenzen einige Zeit, so haben sie die Neigung, im Centrum zu verknöchern oder zu verkalken. Die Anweisungen zur Behandlung sind ausführlich und reichlich mit Abbildungen von Instrumenten versehen, ohne dass jedoch etwas wirklich Neues zu Tage gefördert wird. Die Wahl des besonderen Instruments zur Abtragung der Wucherungen (darin stimmen Alle überein) beruht — und wird stets beruhen — auf dem Geschmack des jeweiligen Operateurs.

Seiler's Vorliebe scheint „ein pflugähnliches Messer“ und ein Hammer und Hohlmeissel, oder ein Meissel, wenn nöthig, zu sein. LEFFERTS.

17) **William C. Jarvis. Die Indicationen für die chirurgische Behandlung der Deviation des Nasenseptums mit einer Analyse von 100 Fällen. (The indications for the surgical treatment of the deflected nasal septum, with an analysis of one hundred cases.)** *New-York Medical Record. 28. April 1888.*

Die Hauptindication für die chirurgische Behandlung giebt die Nasenstenose ab; sie führt gewöhnlich den Patienten zum Arzt. Eine vollständige Stenose des rechten Nasenlochs bestand in 29 Fällen; des linken in 20; in 18 war die Stenose des rechten Nasenlochs unvollständig; beim linken in 14 Fällen. Das ergiebt 81 Fälle von Stenose.

Eine der wichtigsten Complicationen, welche eine Operation veranlassten, war Hypertrophie der Muscheln. In 24 dieser Fälle bestand eine Hypertrophie des nach rechts gekrümmten Septums; 8 dieser Fälle verlangten eine besondere Operation behufs Entfernung des wuchernden Gewebes. In 20 nach links gebogenen Krümmungen des Septums waren 4 besondere Operationen zu demselben Zwecke nothwendig. Es wurde die Schlinge angewandt. Von den hinteren Hypertrophieen, von denen 2 ein operatives Eingreifen erheischten, nahmen 6 das rechte Nasenloch ein; 8 sassen im linken Nasenloch, davon mussten 4 operativ entfernt werden. Leichte Wucherungen, die sich in jedem Falle von Deviation des Septums zeigten, sind nicht einbegriffen.



Unter 100 Fällen waren Ohrsymptome in 29, Augencomplicationen in 11 Fällen, ausgesprochener catarrhalischer Kopfschmerz in 15, Heufieber in 8, Bronchitis in 7, Polypen in 4 Fällen vorhanden. In 94 Fällen bestand hypertrophische, in 2 atrophische und in 4 Fällen atrophische fötide Rhinitis.

LEFFERTS.

18) **E. J. Moure. Syphilitisches Gummi der Innenseite des Nasenflügels. (Gomme syphilitique de la face interne de l'aile du nez.)** *Revue du Dr. Moure. No. 1. Januar 1888.*

Die die Aussenwand und besonders die Innenseite der Nasenflügel einnehmenden Tertiärerscheinungen sind ziemlich selten. Die Patientin, welche Verf. beobachtete, hatte an der Innenseite des Nasenflügels einen ulcerirten Tumor von der Grösse einer Haselnuss. Eine zuvor ausgeführte Jodbehandlung hatte kein Resultat gehabt. Moure leitete eine Behandlung mit Hydrarg. bijod. nebst antiseptischen Naseneinspritzungen ein und erzielte nach Ablauf eines Monats Heilung, nachdem ein Sequester ausgestossen worden war. Der Autor betont die Nothwendigkeit, bei den Tertiärerscheinungen der Syphilis eine gemischte Behandlung vorzunehmen.

E. J. MOURE.

19) **W. McNeill Whistler** (London). **Zuweilen auftretende Allgemeinerscheinungen nach einem Nasenspray mit Cocain. (General symptoms sometimes produced by nasal sprays of cocaine.)** *Brit. Medical Journal. 4. Februar 1888.*

W. beobachtete Beschleunigung des Pulses und Erheiterung des Gemüths, verbunden mit einem Gefühl von Kraftzunahme nach Anwendung einer 4proc. Cocainlösung in Form eines Sprays auf die Nasenschleimhaut. Diese Symptome können nach Resorption von ca. 0,06 Cocain auftreten. Stärkere Dosen haben zuweilen Schwindel und drohende Syncope zur Folge. Er findet, dass begrenzte Applicationen starker Cocainlösungen in der Nase, als locales Anästheticum, nur ausnahmsweise Allgemeinsymptome erzeugen. Sprays andererseits von nicht stärkerer, als 4proc. Lösung thun das viel leichter, und man sollte nicht mehr als 0,6 anwenden. Das Cocain wird nämlich dadurch weiter zerstreut und viel höher in die Nasenhöhle hinaufgebracht.

A. E. GARROD.

20) **J. M. W. Kitchen. Eine wirksame Nasenspritze. (An effective nasal syringe.)** *New-York Medical Record. 28. April 1888.*

Das Instrument ist eine Modification der gewöhnlichen Laboratoriums-Waschflasche. Es besteht aus einer Flasche von passender Gestalt zum Anfassen, zwei Gummipfropfen mit gläsernen Röhren für die Nasenlöcher und die Choanen und einem klappenlosen Gummiballon und Röhre. Die Röhren sind aus genügend schwerem Glas, um ein Zerbrechen zu vermeiden und an der Oeffnung ein wenig ausgezogen. Die Flasche kann zum Theil gefüllt werden, indem man sie mit dem Rohr horizontal in die reinigende Flüssigkeit hält und wiederholt am Ballon drückt. Dadurch entsteht ein partielles Vacuum und die Flüssigkeit strömt hinein, um die Stelle der verdrängten Luft einzunehmen. Hält man die Flasche senkrecht, so treibt ein Druck auf den Ballon die Flüssigkeit aus dem Rohr mit einer, dem durch die Hand ausgeübten Druck entsprechenden Kraft — in keinem Fall mit übermässigem Druck.

LEFFERTS.

21) **Maxwell Ross** (Edinburgh). **Umstellbare Nasensägen. (Reversible nasal saws.)** *Edinburgh Medical Journal. April 1888.*

Es werden zwei von Hunter Mackenzie erfundene Instrumente der Medico-Chir. Society vorgelegt. Da die Theile unterhalb der Krümmung drehbar sind, so können sie in jedem beliebigen Winkel angelegt werden. P. Mc BRIDE.

22) **Desprès** (Paris). **Fistel der Highmorshöhle. (Fistule du sinus maxillaire.)** *Soc. de chirurg. de Paris. 4. April 1888.*

Bei Gelegenheit der Vorstellung eines Patienten, der von Quenu operirt und geheilt worden war, erinnert D. an einen andern Patienten, der von Ozaena befallen wurde, als die von einem Chirurgen angelegte Fistel obliterirte. Er empfiehlt, in solchen Fällen eine Art Stöpsel in der Oeffnung zu lassen, welchen der Patient von Zeit zu Zeit entfernen kann, um den Sinus zu reinigen. Quenu erwidert, dass der von ihm behandelte Patient einen Sinus hatte, welcher durch seine Fistel keine Flüssigkeit mehr hindurchtreten liess.

Magitot stellt in der darauf folgenden Sitzung (11. April) die Existenz des Hydrops des Sinus und seiner Cysten in Abrede. Er meint, dass nur ein Catarrh vorhanden ist, und in diesem Fall darf man die Fistelöffnung nicht schliessen. E. J. MOURE.

23) **P. Mc Bride** (Edinburgh). **Empyem der Highmorshöhle, nur Nasensymptome darbietend. (Empyema of the superior maxillary antrum with only nasal symptoms.)** *Edinburgh Med. Journal. April 1888.*

Verfasser lenkt die Aufmerksamkeit auf das relativ häufige Vorkommen von Empyem der Highmorshöhle, wobei nur Eiter aus dem Nasenloch fliesst ohne Ausdehnung der knöchernen Höhle, Stirnschmerz kam in einem der Fälle des Autors vor, und er ist geneigt, die Erklärung Killian's zu acceptiren, dass nämlich in Folge der Schwellung der Nasenschleimhaut, welche oft, wenn nicht immer mit der Eiterung des Antrums verbunden ist, der Abfluss aus dem Sinus frontalis gehemmt ist, und die nachfolgende Absorption der in demselben enthaltenen Luft physicalische Veränderungen erzeugt, die Schmerzen verursachen. Ziem's Arbeit wird citirt, ebenso der Beitrag Fränkel's, in welchem derselbe als diagnostisches Mittel empfiehlt, die Nase sorgfältig zu reinigen und den Patienten mit abwärts geneigter Stirn sitzen zu lassen. Wenn nämlich der Eiter aus dem Sinus frontalis kommt, so kann er nicht in das Nasenloch fliessen, so lange der Patient diese Stellung einnimmt, kommt er jedoch aus dem Antrum, so wird er um so reichlicher in der Nase erscheinen.

In der Hauptsache stimmen die Beobachtungen Mc Bride's mit denen der wenigen anderen Autoren überein, welche diesen Gegenstand behandelt haben. Er findet, dass das Antrum zuweilen von einer Ausbreitung der Entzündung von der Nase aus ergriffen wird, dass jedoch gewöhnlich ein Zahn des Oberkiefers die Ursache der Erkrankung abgiebt.

Es giebt einen objectiven Zustand, welchen der Autor beobachtet hat und dessen Anwesenheit einen sicheren Beweis in zweifelhaften Fällen abgiebt, nämlich eine deutliche Schwellung des oberen Zahnfleisches der erkrankten Seite. Es werden zwei typische Fälle beschrieben, von denen der eine in Folge eines

Nasencatarrhs, der andere in Folge eines kranken Zahns entstanden ist, und zum Schluss wird auf die verschiedenen Behandlungsmethoden kurz hingewiesen.

Im Verlauf der Arbeit wird auf die Klasse von Fällen hingewiesen, die Moldenhauer in seinem Werke als „Erkrankungen des knöchernen Nasengerüsts" anspricht. Mc. Br. meint, dass diese Fälle in Wirklichkeit durch das Empyem des Antrums bedingt seien.

Der Verlesung des Vortrags folgte eine (im Edinburgh Med. Journal, Juni 1888 berichtete) Discussion, an welcher der Präsident, sowie Prof. Annandale, Horsley, Cotterill und Atkin sich betheiligten. Der Präsident zieht die Eröffnung des Antrums durch den Process. alveolaris dem Durchstossen der Zahnhöhle vor, da Wunden letzterer Art oft schwer heilen. Prof. Annandale meinte, dass bei Erkrankungen des Antrums stets irgendwelche objective Veränderung vorhanden sei; eine Ansicht, welche Mc Bride in seiner Entgegnung widerlegte.

P. McBRIDE.

24) **Franklin Hooper. Adenoide Vegetationen bei Kindern; ihre Diagnose und Behandlung. (Adenoid vegetations in children; their diagnosis and treatment.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 15. März 1888.*

Trotz seiner Wichtigkeit ist der Nasenrachenraum bei den Kindern zu wenig studirt worden, und die Anwesenheit der adenoiden Vegetationen wird oft übersehen. Die Diagnose ist gewöhnlich leicht zu stellen; um jedoch sicher zu sein, muss man den Finger hinter dem weichem Gaumen aufwärts führen und man wird die Vegetationen als weiche, sammetne Massen fühlen, welche leicht bluten. Die beste Methode ihrer Entfernung ist die mittelst der Choanenzange; das Kind ist tief zu narcotisiren und der Mund durch einen Mundsperrer offen zu halten.

Die Patienten sind gewöhnlich gut zu ätherisiren, und es ist keine Gefahr vorhanden, dass das Blut in den Larynx oder die Trachea gelange. Die Operation soll in einer Sitzung vollständig gemacht werden; doch ist es nicht nöthig, allzu energisch vorzugehen, oder sich einzureden, dass jedes Partikelchen der Neubildungen nothwendigerweise entfernt werden muss. Der Hauptzweck der Operation ist, freie Nasenathmung zu schaffen. Wenn dies geschehen ist, dann ist wahrscheinlich die Vitalität des zurückbleibenden Gewebes zerstört und es wird atrophiren. Die Vegetationen recidiviren nicht nach der Abtragung. Das gebräuchliche Instrument ist durchschnittlich zu schwerfällig und zu lang. Für Kinder soll die Krümmung des schneidenden Endes klein und die Länge des Griffes kurz sein.

Die Nachbehandlung ist sehr einfach. In der Regel ist weiter nichts zu thun, als Vorsorge zu treffen, dass die Kinder sich nicht erkälten. Verfasser hat in 104 Fällen mit den besten Resultaten operirt, sowohl rücksichtlich der Beseitigung der Symptome als auch des Einflusses auf das Allgemeinbefinden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

25) **Adolph Bronner** (Bradford). **Adenoide Vegetationen. (Postnasal growths.)** *Brit. Med. Journal. 4. Februar 1888.*

Nichts Neues.

A. E. GARROD.

26) **J. W. Farlow. Die Diagnose der adenoiden Vegetationen. (The diagnosis of adenoid vegetations.)** *Boston Med. and Surg. Journal. CXVII. 15. 1888.*

F. lenkt die Aufmerksamkeit auf das für die Diagnose wichtige Factum, dass Patienten mit diesen Neubildungen unfähig sind, die Nase zu schnauben.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

c. Mundrachenhöhle.

27) **Christopher Heath** (London). **Klinische Vorlesung über die Krankheiten der Zunge. (Clinical lectures on diseases of the tongue.)** *Brit. Medical Journal. 21. April 1888.*

In dieser sehr interessanten Vorlesung bespricht H. die verschiedenen Formen von Entzündung, Geschwüren und malignen Neubildungen, von denen die Zunge hauptsächlich befallen wird. Alsdann äussert er sich über die verschiedenen Methoden der Exstirpation der Zunge, die von Zeit zu Zeit empfohlen werden und spricht sich zu Gunsten der Exstirpation mittelst der Scheere aus. Er fand, dass man die Blutung sofort stillen könne, wenn man die Finger tief in den Hals führt und Zungenbasis und Zungenbein emporhebt.

A. E. GARROD.

28) **Besnier** und **Baratoux. Epitheliale Stomatitis und Glossitis. (Stomatite et glossite épitheliales.)** *Pratique méd. 1. Mai 1888.*

Jeder der beiden Autoren giebt eine Formel an: der eine Borvaselin 1:200 und Kal. chlor.; der andere Natr. arsenicos, Hydrarg. bijod. und Jodkalium; innerlich zu nehmen.

E. J. MOURE.

29) **Audry. Mercurielle Glosso-stomatitis. (Glosso-stomatite mercurielle.)** *Soc. des sc. méd. de Lyon. Februar 1888.*

A. stellt einen Patienten vor, der mit subcutanen Quecksilberinjectionen behandelt und 20 Tage darauf von Stomatitis befallen wurde.

(Angagneur und die anderen Collegen sind Gegner dieser gefahrvollen Behandlungsmethode.)

E. J. MOURE.

30) **X. Angiome der Zunge. (Des angiomes de la langue.)** *Paris méd. 2. Juni 1888.*

Eine Besprechung der These von Coutenot über diesen Gegenstand (vide Centralblatt 1887, S. 350).

E. J. MOURE.

31) **Duret. Angiom des Gaumens. (Sur un angiome palatin.)** *Journal des sc. méd. de Lille. 22. Juli 1887.*

Verfasser berichtet eine Beobachtung von Angiom des Gaumengewölbes rechterseits, das wahrscheinlich durch Verbrennen mit einer Cigarre entstanden ist. Interstitielle Injectionen von 10 Tropfen Liquor de Piazza hatten vollständigen Erfolg. Anderenfalls könnte man zum Galvanocauter seine Zuflucht nehmen.

E. J. MOURE.

32) **P. Rings Griffiths** (Cardiff). **Cocain bei acuter Tonsillitis. (Cocaine in acute tonsillitis.)** *Brit. Med. Journal. 28. April 1888.*

G. rühmt sehr die Besserung, die die lokale Anwendung von Cocain bei acuter Tonsillitis bringe, wovon er sich durch eigene Erfahrung überzeugt habe.

A. E. GARROD.

33) **S. E. Fuller** (Brooklyn). **Ein Fall von beunruhigender Blutung in Folge von Ausschneidung der Mandeln. (A case of alarming hemorrhage following excision of the tonsils.)** *Intern. Journ. of the Med. Sciences. April 1888.*

Der Titel besagt den Inhalt der Arbeit. Von besonderem Interesse sind dabei folgende Punkte:

1. Patient war 25 Jahre alt, hatte einen Cousin, der Haemophile war und blutete selbst nach einer Zahnextraction bis zur Ohnmacht.

2. Die Blutung wich keinem Stypticum, auch nicht der Unterbindung der Carotis communis; sondern hörte erst auf, als Patient ohnmächtig wurde.

3. Die blutende Tonsille war ungewöhnlich hart und von derber Consistenz und die Blutung war ein allgemeines Träufeln.

Nachdem Fuller die Frage der Blutung nach der Tonsillotomie ziemlich ausführlich besprochen hat, kommt er zu dem Schluss, dass die Ligatur der Carotis communis — es sei denn, dass die Carotis interna verletzt ist, was bei Anwendung der Guillotine unmöglich ist, — nicht gemacht werden sollte, und dass man sich auf Druck, Haemostatica und Aufrichtung des Patienten behufs Beschleunigung der Ohnmacht verlassen solle. P. McBRIDE.

34) **W. P. Porcher. Fälle aus der Praxis bei Halskrankheiten. (Cases from practice in diseases of the throat.)** *North Carolina Med. Journ. XXI. 5. 1888.*

P. berichtet einen Fall von localer Pharyngitis, der beginnende Phthisis vortäuschte. Es bestand Husten, Auswurf, profuser Schweiss und Erschlaffung der Nerven. Patient wurde durch locale Pinselungen im Pharynx geheilt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

35) **Arthur Jamison. Hämorrhagische Pharyngitis. (Haemorrhagic pharyngitis.)** *Brit. Med. Journal. 21. April 1888.*

J. beschreibt eine Reihe von Fällen, die er gesehen hat und bei denen Hämoptoë ohne jedes physicalische Zeichen in der Brust sich zeigte. Die meisten der Patienten wurden als Phthisiker angesehen. Zuweilen hatten sie einige Tage, bevor die Hämoptoë sich zeigte, Störungen im Rachen und im Hals das Gefühl von Trockenheit und Brennen. Viele hatten in der Jugend Epistaxis gehabt und waren Leberaffectionen ausgesetzt gewesen.

Die Diagnose stützt sich auf das Fehlen von Störungen in der Lunge und auf die mikroscopische Untersuchung des Sputums, dessen klarer Theil aus Epithelschuppen des Mundes und vielen kleinen Rundzellen des Larynxeingangs bestand. Die gelblichen Theile enthielten Eiter und Fett, gewöhnliche Salzcrystalle, grosse Zellen aus dem Pharynx, Blutkörperchen und Hämatincrystalle.

In zwei Fällen, in welchen nach Tuberkelbacillen gesucht wurde, fanden sich keine. Der Pharynx ist in den ersten Stadien oft anämisch, und später entwickeln sich dunkelrothe Flecke, besonders an den Seiten. In neun von elf Fällen war die Leber mässig geschwollen und empfindlich.

J. ist geneigt, den Zustand auf eine Leberaffection zu beziehen. Er rühmt die Behandlung sehr, von der er am meisten Besserung sah. A. E. GARROD.

36) **Legneu. Ein Fall von pseudoasthmatischer Dyspnoe bei Pharynxkrebs. (Un cas de dyspnée pseudoasthmatique dans un cas de cancer du pharynx.)** *Gaz. méd. de Paris. 5. September 1887.*

Nicht zu beschaffen. E. J. MOURE.

37) **George White. Eine Nadel, eingebettet in den Pharynx. (A pin lodged in the pharynx.)** *New-York Med. Record. 7. April 1888.*

Das Hauptinteresse liegt in dem langen Aufenthalt der Nadel, welche quer im Halse unmittelbar hinter den Tonsillen lag und nur geringe locale oder allgemeine Störungen hervorbrachte (d. h. vom Juni 1887 bis Februar 1888), wo sie leicht mit der Zange entfernt wurde. LEFFERTS.

d. Diphtheritis und Croup.

38) **A. S. v. Mansfelde. Diphtherie, ihre Natur und Behandlung. (Diphtheria, its nature and treatment.)** *Chicago Medical Standard. Februar 1888.*

M. hält die Diphtherie für etwas anderes als den Croup. Er empfiehlt den reichlichen Gebrauch von Alcohol. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

39) **P. J. Farnsworth. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Medical and Surg. Reporter. LVIII. 17. 1888.*

Die Diphtherie ist anfänglich eine Lokalerkrankung. Sobald man in wirksamer Weise die Membran zerstört, heilt man die Krankheit.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

40) **P. O'Connell** (Chicago, U. St. A.). **Diphtherie während der Schwangerschaft. (Diphtheria during pregnancy.)** *Brit. Med. Journal. 4. Februar 1888.*

O'C. berichtet den Fall einer verheiratheten, 29jährigen Frau, die an Diphtherie litt, als sie zwei Monate schwanger war. Die Schwangerschaft wurde dadurch nicht unterbrochen. A. E. GARROD.

41) **Macalister. Die Verwandtschaft zwischen Croup und Diphtherie. (The relationship of croup and diphtheria.)** *Edinburgh Med. Journal. April 1888.*

Es wird nur mitgetheilt, dass eine Arbeit mit obigem Titel vor der Royal Medical Society verlesen wurde. M'BRIDE.

42) **J. B. Schaffer. Membranöser Croup. (Membraneous croup.)** *American Lancet. XII. (u. s.). 7. 1888.*

S. glaubt, dass die Dyspnoe beim Croup durch Schwellung des Larynx bedingt sei, welche einen Krampf der Schliesser hervorriefe. Der Larynx ist selten durch eine Pseudomembran verschlossen und in manchen tödtlichen Fällen fand man nur eine dünne, durchscheinende Membran. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

43) **J. S. Bristowe** (London). **Eine Antrittsrede über diphtheritische und verwandte Lähmungsformen. (An address on diphtheritic and related forms of paralysis.)** *Brit. Medical Journal. 4. Februar 1888.*

B. betont, nachdem er mehrere typische Fälle von diphtherischer Paralyse beschrieben hat, dass diese Fälle zeigen, wie frühzeitig die Complication nach dem

Aufhören der acuten Erkrankung erscheint, wie sie gern symmetrisch auftritt und von einer Gegend zur andern wandert; wie sie sich nicht auf die Extremitäten beschränkt, sondern die Gegenden in der Mittellinie des Körpers einschliesslich der Zunge, des Mundes, des Geschmacks- und Geruchorgans ergreift; ebenso die Stimmbänder.

Er weist ferner darauf hin, dass die Sehnenreflexe anfänglich zwar erhöht sind, später aber schwinden, und dass die ergriffenen Muskeln Entartungsreaction zeigen.

Schliesslich zeigt er, dass viele Symptome sich am besten durch die Annahme einer fortschreitenden Neuritis erklären lassen, andere mehr durch eine fortschreitende Centralaffection. B. ist geneigt zu glauben, dass die Welle einer leicht entzündlichen Störung sich nicht nur durch die Medulla und das Rückenmark fortpflanzt, sondern auch ebenso längs der Nervenstämme.

Er zeigt, dass andere Formen peripherischer Neuritis, z. B. die alcoholische, ausserordentliche Aehnlichkeit mit der diphtherischen Lähmung haben und führt Beispiele hierfür an. A. E. GARROD.

44) F. J. F. Fischer. **Die Behandlung der Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *New-York Med. Record. 18. Februar 1888.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

45) **W. Leonard Braddon. Ol. Menthae piper. als Antisepticum und Heilmittel gegen Phthisis und Diphtherie. (On oil of peppermint as an antiseptic and as a remedy in phthisis and diphtheria.)** *Lancet. 17. und 27. März 1888.*

B. berichtet einige Versuche, die er anstellte, um den Nutzen des Pfefferminzöls als keimtödtendes Mittel festzustellen, und er fand, dass es sich sehr vortheilhaft vor den hierbei üblichen Mitteln auszeichnet. — Er fand ferner, dass, wenn er das Oel local bei Diphtherie anwandte, die Pseudomembranen in der Bildung gehemmt und die bereits gebildeten sehr schnell zum Schwinden gebracht wurden. A. E. GARROD.

46) **R. Sanderson** (Brighton). **Die Principien und die Methode der Localbehandlung der Diphtherie. (The principles and practice of the local treatment of diphtheria.)** Meeting of the Brighton and Sussex Medico-Chirurgical Society. *Brit. Med. Journal. 28. April 1888.*

S. empfiehlt Papain zur Lösung der Membran mit nachfolgender Pinselung eines Antisepticums, wie eine Lösung von Acid. carb. 4,0, Glycerin 30,0. Es folgte eine Discussion. A. E. GARROD.

47) **Beverley Robinson. Diphtherie; Intubation des Larynx. Tod. (Diphtheria; intubation of the larynx. Death.)** *New-York Medical Record. 25. Febr. 1888.*

Bericht über einen Fall. In der sich daran schliessenden Discussion wurde die Schwierigkeit betont, die folliculäre Tonsillitis von der Diphtherie zu unterscheiden, und es werden erläuternde Fälle hierfür mitgetheilt. LEFFERTS.



48) **F. E. Waxham. Eine verbesserte Larynxröhre. (An improved laryngeal tube.)** *Medical age Detroit. 10. April 1888.*

Die Verbesserung besteht in einem metallenen Kehldeckel, der an den Kopf der Röhre befestigt ist und mittelst einer Drahtfeder wirkt, welche in den oberen Theil der Röhre eingelegt ist. Sobald das Kind schluckt, fällt der Kehldeckel und der Larynx erhebt sich, während der Metalldeckel vollständig die obere Oeffnung der Röhre bedeckt. Sobald das Schlucken aufhört, treibt die Feder ihn aufwärts. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

49) **W. C. Deming. Intubation des Larynx, Asphyxie durch Verstopfung der Röhre. (Intubation of the larynx. Asphyxia from obstructed tube.)** *New-York Medical Record. 18. Februar 1888.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

50) **Luc** (Paris). **Tracheotomie mit Chloroformnarcose bei Kindern. (De la trachéotomie avec le chloroforme chez les enfants.)** *Société de méd. prat. 7. Juni 1888.*

Bei Vorstellung eines von Croup befallen gewesenen Kindes, welches in der Narcose operirt und geheilt wurde, empfiehlt L. diese Methode, da sie den Schmerz beseitigt, ebenso die Unruhe des Kindes, wie den Larynxkrampf. Ausserdem verhütet sie, dass der Operateur sich übereilt und in Folge dessen den Kopf verliert.

Die bei der Discussion gegenwärtigen Aerzte sind ganz derselben Ansicht, wie Luc. E. J. MOURE.

51) **J. W. Clemesha. Ein Fall von Tracheotomie bei Diphtherie. Heilung. (Case of tracheotomy in diphtheria. Recovery.)** *Canada Medical and Surg. Journal. XVI. 11. 1888.*

Cl. meint, dass man die Tracheotomie frühzeitig machen sollte, bevor die Lebenskräfte erschöpft und das Nervensystem durch ungenügend gereinigtes Blut vergiftet ist. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

e. Kehlkopf und Luftröhre.

52) **C. H. Meier. Acutes Glottisoedem, Intubation. Heilung. (Acute oedema glottidis, intubation. Recovery.)** *New-York Medical Record. 5. Mai 1888.*

Die Natur und das Resultat des Falles besagt der Titel. Die Diagnose wurde nicht mit dem Laryngoscop gestellt; die klinischen Symptome des Falls scheinen sie aber nicht zu rechtfertigen. Die Operation wurde am dritten Krankheitstag gemacht und die Röhre drei Tage (?) getragen, als sie ausgehustet wurde, da sie locker geworden war. LEFFERTS.

53) **Hunter Mackenzie** (Edinburgh). **Ein Fall von chronischer Laryngitis, wahrscheinlich tuberculöser Natur, behandelt mit Tracheotomie und endolaryngealer Abtragung von Tumoren. (Case of chronic laryngitis probably tubercular, treated by tracheotomy and by endolaryngeal removal of growths.)** *British Med. Journal. 4. Februar 1888.*

Patient, ein Mann von 24 Jahren, von schwächlicher Gesundheit, war vor-

her nicht krank gewesen, auch hereditär hinsichtlich der Tuberculose nicht belastet. Er klagte über Heiserkeit und Kurzathmigkeit. Die Larynxgebilde waren geschwollen, besonders über den Giessbeckenknorpeln, welche eine kugelige Gestalt hatten und von aschgrauer Farbe waren. Die Stimmbänder waren roth und unregelmässig verdickt. Das linke war in der Mittellinie vollständig fixirt und die Beweglichkeit des rechten herabgesetzt. Ein Geschwür bestand nicht. An beiden Lungenspitzen waren leichte Zeichen von Phthisis, und im Sputum wurden einige Bacillen gefunden.

Da der Patient trotz der Behandlung schlechter wurde, so ward er ins Krankenhaus aufgenommen und die Tracheotomie gemacht. Nach der Operation besserte er sich sehr und wurde ca. 9 Monate mit Milchsäure und Menthol behandelt.

Diese localen Pinselungen hatten keine sichtbare Wirkung. Ein kleines warziges Gewächs, welches vom hinteren Drittel des linken Stimmbandes ausging und die Glottisspalte verengte, wurde von M. mit der Zange entfernt. Drei Wochen später wurde die Tracheotomiecanüle, welche ca. 4 Monate verstopft gehalten worden war, entfernt. Der Process hatte sich sehr gebessert, da die Schwellung nachgelassen und die Beweglichkeit des rechten Stimmbandes zugenommen hatte. Etwas trockenes Rasseln wurde über der rechten Lungenspitze gehört.

M. meint, dass die Tracheotomie in zweierlei Weise vortheilhaft war. Erstlich bessert sie die Athmung und wirkt so günstig auf die Lungen ein, indem sie ihre Ventilation befördert und zweitens setzt sie die Reizung des Larynx herab. die durch die Athmung und den Husten bedingt ist.

Er glaubt, dass die Milchsäure, das Menthol und Jodoform gleich unwirksam seien. In verständig ausgewählten Fällen aber erscheinen chirurgische Massnahmen, wie die hier getroffenen, oder vollständige Entfernung und Cauterisation der afficirten Theile als die einzigen Behandlungsmethoden, welche befriedigende Resultate versprechen. A. E. GARROD.

54) **Okell. Tracheotomie wegen Tuberculose des Larynx. (Trachéotomie pour tuberculose du larynx.)** *Prov. méd. April 1888.*

Der Titel besagt, worum es sich handelt. E. J. MOURE.

55) **David Newman (Glasgow). Vollständige syphilitische Stenose des Larynx. (Complete syphilitic stenosis of the larynx.)** *Glasgow Med. Journ. April 1888.*

Ein Fall, der der Pathological und Clinical Society vorgestellt wurde.
Mc BRIDE.

56) **Waldo (Bristol). Ein Fall von Intubation des Larynx bei Erwachsenen. (A case of intubation of the larynx in the adult.)** *Brit. Med. Journ. 7. April 1888.*

Patientin, eine Frau von 42 Jahren, litt an tertiärer Syphilis des Larynx und an Bronchitis. Während eines plötzlichen Dyspnoeanfalls, welcher sie überraschte und tödtlich zu werden drohte, führte der Hausarzt Watson Williams, die grösste Intubationsröhre ein. Es wurden einige Tropfen Chloroform gegeben, als jedoch die Athemnoth bedenklich wurde und das Anaestheticum die Lunge in genügender Menge nicht zu erreichen schien, wurde die Narcose aufgegeben.



Die Patientin besserte sich schnell und wurde in ein Dampfzelt gebracht. Vier Stunden darauf wurde die Röhre ausgehustet; da die Athmung aufs Neue beschwerlich wurde, so führte man sie wieder ein. Des Nachts wurde sie wiederum ausgehustet. Vier Tage darauf wurde sie auf Wunsch der Patientin wieder eingeführt, da die Dyspnoe sich stärker zeigte. Im Laufe des Tages wurde die Röhre abermals ausgehustet und ihre Wiedereinführung nicht verlangt. W. W. hält viel von dieser Operation bei Erwachsenen und meint, dass eine grössere Röhre wirksamer gewesen wäre. Die grösste, die ihm zu Gebote stand, war für ein Kind von 12 Jahren berechnet. A. E. GARROD.

57) **Graham Steell** (Manchester). **Spontane Ablösung von Larynxtumoren. (Spontaneous detachment of laryngeal growths.)** *Brit. Med. Journ. 4. April 1888.*

S. berichtet kurz einen Fall, in dem eine Patientin einen Larynxpolypen aushustete, wegen dessen Abtragung sie in ein Krankenhaus gehen sollte. Patientin brachte den Polypen in einer Flasche mit, und die laryngoscopische Untersuchung ergab, dass der zuvor gesehene Tumor verschwunden war und mit ihm die Larynxsymptome. A. E. GARROD.

58) **Wagnier** (Lille). **Knötchen der Stimmbänder. (Des nodules des cordes vocales.)** *Revue de Laryngol. No. 2. Februar 1888.*

Die kleinen Knötchen der Stimmbänder, gewöhnlich von einem matten Weiss, oft bilateral und von der Grösse eines Stecknadelkopfes, sind, nach dem Verf., entzündlichen Ursprungs und werden fast stets im Verlauf einer acuten oder vielmehr einer chronischen Laryngitis bei Personen beobachtet, die Stimmanstrengungen haben. Das Hervorbringen hoher Töne wird unmöglich; in einigen Fällen zeigt sich Diphtonie.

Die Knötchen dauern unbestimmte Zeit fort, verschwinden bisweilen spontan oder wandeln sich in Polypen um. Sie verdanken ihren Sitz am freien Rande des Stimmbandes den wiederholten Reibungen als Folge der Schwellung der Giessbeckengegend oder der Parese des M. interarytaenoideus bei der Laryngitis. Man kann sie als eine milde Form der Chorditis tuberosa (Türck) ansehen. Die Behandlung ist die der chronischen Laryngitis. E. J. MOURE.

59) **J. A. Thompson. Myxom des Larynx. (Myxoma of the larynx.)** *Cincinnati Lancet Clinic. XX. (u. a.). 28. 1888.*

Der Tumor entsprang von der Epiglottis und wurde mit der Electrocauterschlinge entfernt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

60) **O. Seifert** (Würzburg). **Cyste des Stimmbandes. (Kyste de la corde vocale.)** *Revue mens. de Laryng. etc. 12. März 1888.*

Es handelt sich um einen 62jährigen Mann, bei dessen laryngoscopischer Untersuchung sich ein Tumor zeigte, der alle Charaktere einer Cyste hatte und an der unteren Partie des Stimmbandes sass. Patient wurde nicht operirt. E. J. MOURE.

61) **Audubert. Cyste des linken Taschenbandes. (Kyste de la bande ventriculaire gauche.)** *Revue de laryngol. 1. April 1888.*

Nach einer sehr kurzen Geschichte dieser Frage theilt Verfasser den Fall

eines 21jährigen Mannes mit, der an der hinteren inneren Partie des linken Taschenbandes eine Cyste zeigte. Der Kranke wurde operirt und genas schnell. Audubert lenkt die Aufmerksamkeit auf den sehr seltenen Sitz des Tumors.

E. J. MOURE.

62) **Hunter Mackenzie. Laryngofissur wegen Neubildungen des Larynx. (Thyreotomie pour végétations du larynx.)** *Union méd. 25. Februar 1888.*

Verfasser berichtet die Geschichte eines Patienten, der an Larynxpapillomen litt und wiederholte Recidive hatte. Es wurde nach der Thyreotomie die Anheftungsstelle mit Argent. nitr. und das zweite Mal mit dem Thermocauter geätzt. Hiernach trat ein Recidiv an einer anderen Stelle auf.

M. betont die beinahe vollständige Unwirksamkeit des Cocain in diesem Fall. Auch glaubt er, dass die mikroscopische Untersuchung wenig Bedeutung für die Feststellung des Charakters der Geschwulst habe.

E. J. MOURE.

63) **Henry Morris** (London). **Zwei Fälle von Laryngotomie. Ein Rath, wie Nähte in den Luftwegen in Fällen von Schnittwunden des Halses anzulegen sind. (Two cases of laryngotomy. A suggestion as to the applicability of sutures to the air passages in cases of cut throat.)** *Brit. Med. Journ. 21. April 1888.*

M. berichtet zunächst einen Fall, bei dem die Laryngotomie gemacht und eine Hahn'sche Canüle eingeführt worden war, bevor die ausgedehnte Exstirpation der Gebilde der rechten Seite des Gesichts wegen Medullarsarcom gemacht wurde. Die Canüle wirkte gut und verhütete jede Unterbrechung durch Blutungen, oder Schwierigkeit bei dem Gebrauch des Anaestheticums. Die Larynxwunde heilte vollkommen eine Woche nach der Operation.

Der zweite Fall betraf einen 38jährigen Mann, der an Larynxpapillom litt. Es wurden von Hensman verschiedene Versuche gemacht, die Neubildung mit verschiedenen Arten von Zangen zu entfernen oder zu zerquetschen. Sie waren jedoch erfolglos, weil der Tumor unterhalb des vorderen Endes der Stimmbänder lag. [? Red.]. Der Pat. wurde deshalb aufgenommen und M. machte die Laryngotomie. Es wurde ein senkrechter Schnitt durch die Membrana cricothyreoidea, den Ringknorpel und die Membran über dem ersten Trachealring gemacht und der Tumor mit einer um seine Basis geführte feine Drahtschlinge abgetragen. Die Basis wurde dann mit dem Paquelin geätzt.

Die Ränder der Wunde in den Luftwegen wurden sorgfältig mit 5 Catgutfäden vereinigt, ohne die Schleimhaut zu durchstechen. Der obere Theil des Hautschnitts wurde mit 2 Seidenfäden vereinigt, der übrige Theil der äusseren Wunde aber offen gelassen und mit Carbolgaze verbunden.

Der Tumor erwies sich als ein einfaches Papillom.

Die Wunde heilte per primam und M. empfiehlt, Fäden in den Luftwegen anzulegen und ebenso die äussere Wunde zu schliessen in Fällen, bei denen der Hals durchschnitten wird. Die Erfahrung in beiden Fällen ist werthvoll in diesem Zusammenhang. In dem ersten Fall heilte die Wunde in der Membrana cricothyreoidea, obwohl sie eine quere und nicht genäht war, sehr schnell. Ebenso trat in dem zweiten Fall prima intentio zwischen den sorgfältig vereinigten Seiten des Luftkanals ein.

A. E. GARROD.

64) **D. Bryson Delavan. Epitheliom des Larynx. (Epithelioma of the larynx.)** *New-York Medical Record. 31. März 1888.*

Geschichte eines Falles. Die wichtigsten Punkte von pathologischem Interesse sind 1) die Ausdehnung der Geschwulst in die Trachea in weite Entfernung und 2) der Umstand, dass die angrenzenden drüsigen Gebilde unbetheiligt blieben. LEFFERTS.

65) **Toison. Krebs des Larynx, Tracheotomie. (Cancer du larynx, trachéotomie.)** Société des sc. méd. de Lille, Sitzung vom 29. Februar 1888. *Journ. des sc. méd. de Lille. No. 16. 20. April 1888.*

T. berichtet einen Fall von Larynxkrebs bei einem 68jährigen Mann, bei dem er nach Coraininjection die Tracheotomie machte. Die Haut wurde mit dem Messer incidirt und die Trachea mit dem Thermocauter. Pat. erlag 5 Monate nach der Operation der fortschreitenden Cachexie. E. J. MOURE.

66) **D. Mollière** (Lyon). **Partielle Abtragung des Larynx. (Résection partielle du larynx.)** *Soc. des sc. méd. de Lyon. Februar 1888.*

Die Operation wurde wegen eines Epithelioms ausgeführt. Der Patient ist bis auf diesen Tag gesund geblieben. Es ist dies die Wiederholung eines bereits im Centralbl. f. Laryng. S. 29. No. 1, 1888 besprochenen Falles.

E. J. MOURE.

67) **J. H. Branham. Excision des Larynx. (Excision of the larynx.)** *Medical and Chir. Faculty of Maryland 90. Annual convention. 24. bis 26. April 1888.*

Eine Arbeit über diesen Gegenstand nebst Bericht über einen Fall. [Welcher Art war derselbe? Red.] LEFFERTS.

68) **Lennox Browne** (London). **Ein Fall von traumatischer Perichondritis des Larynx. (A case of traumatic perichondritis of the larynx.)** *British Medical Journal. 28. April 1888.*

Ein Schiffslieutenant consultirte B. mit der Angabe, dass er vor fünf Monaten einen Schlag mit dem Ellenbogen gegen die linke Seite des Pomum Adami erhalten habe.

Es bestand keine sichtbare Schwellung, aber heftiger Schmerz mit leichter äusserer Schwellung. Seine Stimme hatte Pat. für 48 Stunden verloren und war hernach einige Tage heiser. Als seine Stimme sich gebessert hatte, bestand noch grosse Schwierigkeit, sie zu beherrschen und besonders, das Commandowort zu geben. Seine Singstimme, die vorher gut war, hatte 5 oder 6 höhere Töne verloren.

Das Laryngoscop zeigte Schwellung und Röthung des linken Giessbeckenknorpels und leichte Congestion des knorpeligen Theils der Stimmbänder. Bei Palpation der linken Seite des Larynx bestand leichte Empfindlichkeit. Schluckbeschwerden waren niemals vorhanden gewesen.

Die Behandlung bestand in vollständiger Ruhe der Stimme; Nachts eine feuchte Compresse über dem Larynx und Besprühung mit einer Jodzinklösung 0,6 : 30,0 mittelst eines Luftcompressionssprays. Der Pat. genas; aber wenn er seine Stimme anstrengte, hatte er immer noch Schmerzen im Hals und er bekam nur $1^1/_2$ Töne seiner Singstimme wieder. A. E. GARROD.



69) **George Stoker** (London). **Perichondritis des Larynx. (Perichondritis of the larynx.)** *Brit. Med. Journal. 28. April 1888.*

S. ist der Ansicht, dass in dem ersten der Fälle von Norris Wolfenden (vgl. Centralblatt V. S. 339) das von dem Pat. ausgehustete Knochenstück die Ursache der Larynxaffection gewesen sein dürfte. Er frägt, woher der Knochen ursprünglich gekommen und wie lange er in dem Larynx gewesen sei.

A. E. GARROD.

70) **M. Natier. Beitrag zum Studium der hysterischen Stummheit. (Contribution à l'étude du mutisme hystérique.)** *Rev. mens. de laryng. No. 4, 5, 9. 1888.*

Bei Gelegenheit eines von ihm beobachteten Falles von hysterischer Stummheit bringt Verf. eine lange Studie über diese Frage und bespricht die Aetiologie, Symptomatologie, den Verlauf etc. der Affection. Er theilt alle bis zur Jetztzeit veröffentlichten Fälle von hysterischer Stummheit mit, deren es 71 giebt. Es geht aus seiner Arbeit hervor, dass die hysterische Stummheit weniger selten ist. als man glaubte, dass das Geschlecht keinen Unterschied Betreffs der Häufigkeit zeigt und dass man sie besonders im Alter von 20—30 Jahren antrifft.

E. J. MOURE.

71) **Thorner. Fünf Fälle von Larynxschwindel beim Keuchhusten von Greisen. (Cinq cas de vertige laryngien dans la coqueluche chez des vieillards.)** *Journ. de méd. de Paris. Juni 1887.*

Nicht zu beschaffen. E. J. MOURE.

72) **G. E. J. Greene** (Ferns). **Karbolsäure beim Stickhusten. (Carbolic acid in pertussis.)** *Brit. Med. Journal. 7. April 1888.*

G. berichtet kurz über vier Fälle, die 1—2 Tropfen Carbolglycerin (P. B.) in Syrup oder einem anderen Vehikel erhielten. Drei Patienten genasen sehr schnell, der vierte ging jedoch an doppelseitiger Pneumonie zu Grunde.

A. E. GARROD.

73) **Selles** (Bordeaux). **Phenolsäure und Chloral beim Stickhusten. (L'acide phénique et le chloral dans la coqueluche.)** *Journal de méd. de Bordeaux. 8. Januar 1888.*

S. hat zwei Kranke mit Erfolg behandelt. Er gab diese beiden Mittel innerlich. E. J. MOURE.

74) **Lockhart Stephens** (Emsworth). **Behandlung des Trachealhustens. (Treatment of tracheal cough.)** *Brit. Med. Journal. 14. April 1888.*

St. empfiehlt Inhalationen mit Ol. pini. Es sollen 20—30 Tropfen auf einem Wattebausch in das heisse Wasser eines Inhalationsapparats gethan und 3—4 Mal täglich 10—15 Minuten inhalirt werden. A. E. GARROD.

75) **J. W. M'Donald. Fremdkörper im Larynx. (Foreign bodies in the larynx.)** *North Western Lancet. 15. April 1888.*

Verfasser berichtet über einen Fall, bei dem die Symptome denen einer acuten Phthisis ähnelten. Zwei Wochen nach dem Unfall wurde die Tracheotomie gemacht; die Versuche, aber den Fremdkörper zu fassen, waren vergeblich. Schliesslich wurde er während eines Brechanfalls durch den Mund ausgeworfen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).



76) **Luc. Ozaena trachealis. (De l'ozène trachéal.)** *Journal de méd. de Paris. 1. Januar. — Arch. de Laryngol. etc. 15. Februar 1888.*

L. berichtet 3 Fälle und schliesst daran einige Bemerkungen über diese Complication der Ozäna, von der er glaubt, dass sie bisher noch nicht beschrieben wurde.

Die Borken sind nicht von der Nase hinabgelangt, sondern an Ort und Stelle gebildet, und man sieht sie zu einer Zeit expectorirt werden, wo der Nasenrachenraum vollständig rein und sauber ist. Der ausgeworfene, borkige Schleim hat den charakteristischen Geruch der Ozäna. Nur durch die Untersuchung des Larynx ist es möglich, die Diagnose zu stellen.

Zur Behandlung empfiehlt er Inhalationen und Besprühungen.

(Wir wollen jedenfalls bemerken, dass diese Affection bekannt und seit langer Zeit unter verschiedenen Namen von Hunter Mackenzie, Masseï und vielen Anderen beschrieben wurde. Ich selbst habe Fälle von Laryngitis sicca veröffentlicht.) E. J. MOURE.

77) **Luc. Ein neuer Fall von Ozaena trachealis. (Nouveau cas d'ozène trachéal.)** *Soc. de méd. de Paris. 25. Februar 1888.*

L. berichtet einen neuen Fall, den er bei einem 24jährigen jungen Mädchen beobachtete und erinnert an seine Arbeit über diesen Gegenstand.

E. J. MOURE.

78) **Luc. Zur Prioritätsfrage betreffs der Ozaena trachealis. (A propos d'une question de priorité relative à l'ozène trachéal.)** *Arch. de Laryngol. No. 4. 15. April 1888.*

L. erwidert Masseï (Neapel), der behauptet, einen Fall von Ozäna trachealis veröffentlicht zu haben, dass er glaube, M.'s Mittheilung beziehe sich nicht auf den Gegenstand, den er selbst in seiner Arbeit behandelt habe.

E. J. MOURE.

79) **Mackay** (Sunderland). **Tracheotomie. (Tracheotomy.)** *Brit. Med. Journal. 7. April 1888.*

M. stellte der Sunderland und North Durham Medical Society eine Frau vor, bei welcher vor 11 Jahren die Tracheotomie gemacht worden war und die niemals im Stande war, die Canüle zu entbehren. Während dieser Zeit hat sie fünf Kinder geboren. A. E. GARROD.

80) **Terrier und Schwartze. Neue Tracheotomiecanüle. (Nouvelle canule à trachéotomie.)** *Soc. de chir. de Paris. 13. Juni 1888.*

[Details nicht angegeben. Red.] E. J. MOURE.

81) **Gustav Adolph Abrath** (Sunderland). **Elastische oder Silbercanülen bei der Tracheotomie und Bluttherapie. (Elastic or silver canulas in tracheotomy and haemotherapy.)** *Medical Press and Circular. 21. März 1888.*

A. betont nachdrücklich die Ueberlegenheit der elastischen Röhren über die silbernen in den Fällen, bei welchen sie längere Zeit getragen werden müssen. Er zieht die gummielastischen Catheter dem Hartgummi oder irgend welchen anderen vor.

Er erwähnt Fälle, in welchen solche Catheter mit Vortheil angewendet wurden.

Er sah sehr gute Resultate von dem Gebrauch des Jod bei nichtsyphilitischen Larynxerkrankungen und empfiehlt die Darreichung von rohem Schaf- oder Ochsenblut nicht nur bei Kehlkopf-, sondern auch bei Lungenkrankheiten.

A. E. GARROD.

82) **Lennox Browne** (London). **Cocain bei der Tracheotomie. (Cocaine in tracheotomy.)** *Brit. Med. Journal. 7. April 1888.*

Br. rühmt das Cocain sehr als ein locales Anaestheticum bei der Tracheotomie, bei der er es ca. 40 Mal angewendet hatte. Gewöhnlich injicirt er 5 Tropfen einer 10 procentigen Lösung auf jeder Seite an der Stelle, an der die Trachea eröffnet werden soll.

Ausser seiner anaesthesirenden Wirkung, macht das Cocain die Theile blutleer, beruhigt die Athmung und stellt dadurch den Kehlkopf fest. Nur in einem einzigen Fall war eine leichte toxische Wirkung da, die aber sofort vorüberging, als die Trachea eröffnet worden war.

A. E. GARROD.

83) **F. Bowreman Jessett** (London). **Sofortige Schliessung der Trachealwunden. (Immediate closure of tracheal wounds.)** *Lancet. 11. Februar 1888.*

Bei der Discussion über diesen Gegenstand berichtet J. kurz den Fall eines Mannes, der an ausgedehntem Zungenkrebs litt, welcher auch den Mundboden ergriffen hatte, so dass eine chirurgische Operation ausgeschlossen war. — Man beschloss in diesem Fall, die Carotis communis zu unterbinden, da eine schwere Blutung eingetreten war; die Ligatur der Carotis externa war ausgeschlossen wegen ausgedehnter Drüsenerkrankung. Als die Arterie unterbunden war, hörte Patient zu athmen auf, und jeder Versuch, die erkrankte Zunge nach vorn zu ziehen, vermochte nicht, die Athmung wieder herzustellen. Es wurde sofort die Tracheotomie gemacht und die Operation beendet. Als sich Patient von der Narcose erholte, athmete er leicht per vias naturales und die Trachealwunde wurde deshalb zugenäht und heilte per primam.

J. meint, dass dieses Verfahren bei ausgedehnten Operationen im Mund oft von grossem Nutzen sein dürfte.

A. E. GARROD.

84) **T. Frederick Pearse** (London). **Ein Trachealinhalationsapparat zum Gebrauch nach der Tracheotomie. (Trachea inhaler for use after tracheotomy.)** *Brit. Med. Journal. 30. Juni 1888.*

Das Instrument besteht aus einem dünnen Metallflacon, ca. 12 Ctm. im Durchmesser und $1^1/_2$ Ctm. in der Dicke, der um den Hals gehängt und über der oberen Partie des Sternums getragen wird. Die vordere Fläche ist durchbohrt und der Flacon, welcher sich wie eine Austernschaale öffnet, kann innen mit antiseptischer Watte oder sonst einem zum Inhaliren gewünschten Mittel gefüllt werden. Das Instrument ist durch ein Gummirohr an die Canüle befestigt; auf diese Weise wird die eintretende Luft erwärmt, indem der Inhalationsapparat mit der Brust des Patienten in Verbindung steht.

Das Instrument kann leicht entfernt werden, wenn es nöthig ist.

A. E. GARROD.



f. Schilddrüse.

85) **A. G. Webster** (Golcar). **Angeborener Kropf. (Congenital goitre.)** *Lancet. 17. März 1888.*

Eine 30jährige Frau litt seit 10 Jahren an einem grossen Kropf. Sie hatte eine Tochter und drei Söhne. Die drei jüngeren Kinder, die drei Söhne, hatten alle angeborene Kröpfe; mit jeder nachfolgenden Geburt nahmen dieselben an Umfang zu. In jedem Fall ging die Schwellung allmälig zurück und die Athembeschwerden etc. verschwanden ohne Behandlung. Nach 3 Monaten hatte der Hals fast seinen normalen Umfang. A. E. GARROD.

86) **T. Renel Atkinson** (Madley). **Angeborener Kropf. (Congenital goitre.)** *Lancet. 17. März 1888.*

Ein Fall von angeborenem Kropf mit starken Athembeschwerden. Es wurde Gänsefett eingerieben und, obwohl die Scwellung nicht abnahm, so besserte sich doch die Athmung zur Zeit als A. diesen Artikel schrieb: 3 Wochen nach der Geburt des Kindes. A. E. GARROD.

87) **Skene Keith** (London). **Electricität bei Vergrösserung der Schilddrüse. (Electricity in enlarged thyroid.)** *Edinburgh Med. Journal. April 1888.*

Im Verlauf einer Discussion über Uterus-Fibroide erwähnt Keith beiläufig, dass er in einem Fall von Vergrösserung der Schilddrüse Apostoli's Methode angewandt habe mit dem Resultat, dass die Drüse sich um die Hälfte verkleinerte. P. Mc BRIDE.

88) **G. Bollet. Paralysen der motorischen Augennerven bei Basedow'scher Krankheit. (Paralysies des nerfs meteurs bulbaires dans le goitre exophthalmique.)** *Soc. méd. des hôpit. de Paris. 24. Februar 1888.*

Bei einem an Morb. Basedowii leidenden Patienten constatirte B. eine Lähmung des 3., 4., 6. und 7. Nervenpaares ohne Mydriasis, ohne Lähmung der Reflexbewegungen des Auges, während die willkürlichen Bewegungen aufgehoben waren. Gestützt auf diese Thatsachen meint der Autor, dass die Affection Seitens des Bulbus am Ursprung des Vagus auf eine oder mehrere Ganglien des Bulbus beschränkt geblieben sei. E. J. MOURE.

89) **A. D. Rockwell. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *New-York Medical Journal. 12. Mai 1888.*

Geschichte zweier einfacher Fälle, welche beweist, dass man durch die Behandlung (Regulirung der Diät, interne Medication und Electricität am Hals) oft gute Resultate erzielt. LEFFERTS.

90) **W. Makeig Jones** (Sheffield). **Myxoedem. (Myxoedema.)** *Brit. Med. Journ. 4. Febr. 1888.*

Vorstellung eines Falles vor der Sheffield Medico-chirurgical Society. Patientin war eine Frau von 50 Jahren. Die Schilddrüse war, wenn überhaupt verändert, so ein wenig geschwollen. A. E. GARROD.



91) **Laudouar. Ein Fall von Myxoedem. (Un cas de myxoedema.)** *Paris méd. 10. März 1888.*

Eine Beobachtung aus seiner Dissertation über diesen Gegenstand. (vide Centralblatt V, 129.) E. J. MOURE.

92) **Fred. Tresilian** (Moumonthshire). **Ein Fall von Myxoedem. (A case of myxoedema.)** *Brit. Med. Journal. 24. März 1888.*

Ein typischer Fall bei einer 31jährigen Frau. A. E. GARROD.

93) **John Thomson** (Edinburgh). **Ein Fall von Myxoedem. (A case of myxoedema.** *Edinburgh Med. Journal. April 1888.*

Der Fall wurde der Edinburgh Med. Chir. Society vorgestellt. Von besonderem Interesse waren folgende Punkte:

1. Patientin klagte über Schwäche, Kälte der Gliedmassen, Trockenheit der Haut, schwache Verdauung und Verstopfung.

2. Diese Symptome traten vor 19 Jahren auf und verstärkten sich langsam. Während des ersten Jahres bestand Leucorrhoe und Menorrhagie und beim Beginn ihres Leidens und zehn Jahre später litt sie sehr an Aufregungen und Kümmernissen, welche, wie sie glaubte, einen ungünstigen Einfluss auf ihre Gesundheit ausübte.

3. Die Symptome und die objectiven Zeichen waren die gewöhnlich bei dieser Krankheit gefunden: Schwellung, keine Grube auf Druck, die Schwellung nicht auf die abhängigen Theile beschränkt: abnorm tiefe Temperatur, ca. 35°; deutliche Atrophie der Schilddrüse, welche nicht zu fühlen war. Die allgemeine Sensibilität war gut; Geruch und Geschmack sehr gut; Gesicht und Gehör etwas geschwächt; die Stimme deutlich afficirt. (Leider scheint keine laryngoscopische Untersuchung stattgefunden zu haben. Ref.) Mc BRIDE.

III. Briefkasten.

Personalia.

Prof. Tobold hat das Kreuz der Ritter des Hohenzollern'schen Hausordens. Dr. Landgraf den Rothen Adlerorden vierter Klasse erhalten.

Zum Leitartikel der December-Nummer 1888.

Im Leitartikel der December-Nummer war eine Revision der auf die Totalexstirpation des Kehlkopfs bezüglichen Mackenzie'schen Tabelle als „durchaus erforderlich" bezeichnet worden. (Vgl. Ss. 292, 293.)

Eine solche Revision ist jetzt von Dr. W. H. v. Krajewski vorgenommen worden. (Vgl. Deutsche med. Wochenschrift. No. 4, 1889.) Aus seiner sorgfältigen Analyse ergiebt sich, „dass 44 Fälle der Mackenzie'schen Tabelle auf 22 reducirt werden müssen, und dass Fall No. 79 ganz wegzulassen ist, um brauchbare Zahlen zu erhalten".

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang V. Berlin, April. 1889. No. 10.

I. Die Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopf-Geschwülste in bösartige, speciell nach intralaryngealen Operationen.

Ergebnisse der Sammelforschung.

(Fortsetzung.)

IX. Anscheinende Fälle spontanen Ueberganges.

1. Bayer (Brüssel). „In einem Falle, welcher sich in den „Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1877, p. 308 genau beschrieben findet, scheint ursprünglich ein Papillom der Epiglottis vorhanden gewesen zu sein. Vor meinem Eingreifen war nicht operirt worden, und als ich den Kranken im October 1874 zu Gesicht bekam, fand ich die ganze Epiglottis mit Papillomen besetzt und ebenfalls den ganzen Zungengrund, jedoch makroscopisch mehr das Aussehen einer Blumenkohlgeschwulst. Die mikroscopische Untersuchung, welche dazumal von mir vorgenommen wurde, liess in den die Epiglottis besetzenden Papillomen noch keine Epitheliome erkennen, jedoch waren die Recidive so rasch, dass man eine Infiltration des Bodens schon annehmen musste. Zugleich waren die Papillae circumvallatae der Zungenbasis ebenfalls stark hypertrophisch. Der vorher behandelnde Specialist hatte Papillom diagnosticirt, doch liess mich der klinische Verlauf nicht lange über die Bösartigkeit des Falles im Zweifel. Ausdrücklich muss ich hervorheben, dass an verschiedenen Stellen, wo Papillome entfernt waren, keine neuen mehr nachwuchsen, und dass die Epiglottis erst später infiltrirt wurde."

[Diesem Auszug zufolge wäre es in der That wohl denkbar, dass ursprünglich ein Papillom der Epiglottis vorhanden gewesen ist. College Bayer selbst aber lässt die Möglichkeit eines Zweifels zu (s. o.), und der Herausgeber muss bekennen, dass er nach der Lectüre des Falles im Original vielmehr den Eindruck gewonnen hat, dass es sich von vornherein entweder um einen Krebs, von dessen Oberfläche sich später — wie in dem Sokolowski'schen Falle — papillomatöse Auswüchse erhoben, oder um eine Mischform gehandelt hat: das Leiden des 46jährigen

Mannes begann mit Schmerzen im Halse und Schlingbeschwerden (vgl. l. c. S. 310); dieselben nahmen rapide zu; schon drei Monate nach dem Auftreten der ersten Symptome wurde eine acute Epiglottitis constatirt; die Epiglottis war mit entzündlichen Auswüchsen („bourgeons inflammatoires") bedeckt, welche bei der geringsten Berührung bluteten; ganz kurz darauf trat heftiger Husten mit reichlicher Expectoration ein, die den Kranken ungemein schwächten. Alles dies spielte sich innerhalb der ersten 4 bis 5 Monate ab! Deutet es nicht darauf hin, dass das Leiden primär bösartig war und dass nur zur Zeit, als der Verfasser den Kranken zum ersten Male sah (d. h. etwa 5 Monate nach Beginn des Leidens), die papillomatösen Auswüchse die Grundnatur der Krankheit maskirten? — Weder das makroscopische Aussehen der Geschwulst noch das ursprünglich negative Resultat der mikroscopischen Untersuchung entfernter Fragmente kann nach dem, was über diese Punkte im IV. und V. Abschnitt auseinandergesetzt und durch so viele Fälle (z. B. die von Krieg, Sokolowski und Beschorner illustrirt worden ist, als vollgültiger Gegenbeweis angesehen werden.]

2. O. Chiari (Wien). „Im folgenden Falle erschien dieser Uebergang wahrscheinlich: Eine 50jährige Dame, welche seit 9 Jahren heiser war und seit 5 Monaten Athembeschwerden hatte, zeigte den vorderen Antheil des rechten Stimm- und Taschenbandes mit zahlreichen papillären Wucherungen besetzt; einzelne davon waren in Zerfall begriffen, und die ganze rechte Seite des Kehlkopfes mit Ausnahme des Kehldeckels geschwollen, roth, wenig beweglich. Die exstirpirten Wucherungen erwiesen sich nach Dr. Zemann als Papillome, von welchen starke Epithelzapfen in das dicht infiltrirte Bindegewebe der Basis zogen; die Grenzen zwischen Epithel und Bindegewebe waren undeutlich. Zemann erklärte den Befund als sehr verdächtig auf Carcinom. — Jetzt, drei Monate nach der Operation, haben die Athembeschwerden sehr zugenommen."

[Es ist bedauerlich, dass anscheinend nichts über frühere laryngoscopische Untersuchungen bekannt ist. Die Constatirung des Vorhandenseins einer Geschwulst im Kehlkopf, neun Jahre ehe College Chiari den oben geschilderten Befund aufnahm, hätte, zusammengenommen mit dem Resultate der mikroscopischen Untersuchung, die Wahrscheinlichkeit einer in diesem Falle erfolgten Umbildung fast zur Gewissheit erhoben (vgl. hierüber Abschnitt VII). — Auch jetzt noch ist die Wahrscheinlichkeit sehr gross, dass es sich in der That um eine Umbildung gehandelt hat, doch ist andererseits auch die Erklärung nicht ganz von der Hand zu weisen, dass einer chronischen Laryngitis, manifestirt durch vieljährige Heiserkeit, die Bildung einer Mischgeschwulst gefolgt sei.]

3. G. Fano (Triest). „Ein zweifelhafter Fall. 7jähriger Knabe. Anamnese unzuverlässlich. Ich habe nur erfahren können, dass der Knabe schon seit langer Zeit heiser war. Multiple Papillome im Kehlkopf, Larynxstenose, Tracheotomie, Tod nach circa einem Jahre bei dem von einem anderen Arzte vorgenommenen



Canülenwechsel. Bei der Section fand man eine unzweifelhaft bösartige Neubildung, die den ganzen Kehlkopf einnahm."

[Die Kürze der Beschreibung gestattet dem Leser kaum, sich ein Urtheil über diesen Fall zu bilden. Der Herr Verfasser selbst bezeichnet ihn als „zweifelhaft". Interessant ist es, dass auch hier bei einem 7jährigen Kinde eine „unzweifelhaft bösartige" Neubildung bei der Section gefunden wurde.]

4. J. Garel (Lyon). „Ich habe nur einen einzigen Fall von Kehlkopfkrebs mit sehr langsamer, etwa sechsjähriger Entwicklung gesehen. Der Kranke hat mehr als zwei Jahre lang unter meiner Behandlung gestanden, ohne dass ich einen intralaryngealen Eingriff vorgenommen habe. Der Verlauf war anfänglich nicht der einer bösartigen Neubildung. Erst im letzten Jahre kam es in Folge beträchtlicher Glottisverengerung zur Athemnoth. Die Familie verweigerte jeden äusseren Eingriff, selbst die Vornahme der Tracheotomie, und ich nahm daher in den letzten drei Lebensmonaten zwei leichte intralaryngeale Operationen vor. Dem Professor der Histologie an der Universität, Herrn Chandelux, zufolge ähnelten die entfernten Fragmente Papillomen, welche eine epitheliale Transformation eingegangen sind."

[Es ist sehr wohl möglich, dass es sich in diesem Falle um eine wirkliche spontane Umbildung gehandelt hat, sowohl angesichts der Länge des Verlaufs, wie des Resultats der mikroscopischen Untersuchung. Mit Bestimmtheit aber lässt sich dies natürlich nicht behaupten.]

5. Lublinski (Berlin). „59jähriger Schuhmacher kam Ende 1885 mit einer erbsengrossen Geschwulst (anscheinend Papillom), die sich am rechten Stimmbande und zwar am Rande desselben an der Grenze des vorderen und mittleren Drittels befand, in meine Sprechstunde. Operation verweigert. Mitte 1887 Carcinom der rechten Kehlkopfshälfte. Tod im December 1887 an Erschöpfung."

[Da die Diagnose der anscheinenden ursprünglichen Gutartigkeit sich nach dieser Beschreibung ausschliesslich auf das laryngoscopische Aussehen gründete, bösartige Kehlkopfgeschwülste aber durchaus unter dem Bilde gutartiger verlaufen können (vgl. Abschnitt IV), so muss es als zweifelhaft bezeichnet werden, ob dieser Fall in die Kategorie der spontanen Umbildungen gehört.]

6. E. Navratil (Budapest). „Ein nicht genau beobachteter Fall. Ich untersuchte Doc. Dr. F. in Budapest im Jahre 1883 und fand am linken Stimmbande einen erbsengrossen Polypen (gestielt), keine Infiltration des Stimmbandes. Nach einigen Monaten sah ich ihn zum zweiten Male mit Infiltration des Stimmbandes. Polyp kaum als solcher zu erkennen, weil er mit dem infiltrirten Stimmbande zusammenfloss. Später sah ihn X. (ungefähr 1 Monat später) und diagnosticirte Krebs, Y. hielt es für Tuberculose und Z. (wie ich vernahm) für eine durch locale Behandlung (Einpinselung von Jodglycerin) hervorgerufene Entzündung. Pat. bekam nach einigen Monaten Suffocationsstenose, wurde von Doc. Dr. V. in Chloroformnarcose tracheotomirt, und starb unter den Erscheinungen eines Comas gleich nach der Operation. Obduction wurde verweigert."

[Auch auf diesen Fall dürften die zum vorhergehenden gemachten Bemerkungen volle Anwendung finden.]

7. David Newman (Glasgow) gedenkt eines von ihm der Glasgow Pathological and Clinical Society im November 1885 demonstrirten Falles, dessen Geschichte er in einer späteren Arbeit („Observations on seven cases of cancer of the larynx", Glasgow Med. Journal, Februar 1888, Separatabdruck pp. 6 u. 7), wie folgt, kurz mitgetheilt hat: „.... Den andern Fall zeigte ich als ein Beispiel eines „„grossen, den oberen Theil der Kehlkopfhöhle einnehmenden Adenoms"". Später entfernte ich die grössere Hälfte der Geschwulst mittelst der Kehlkopfzange und unterwarf während meines operativen Vorgehens Fragment nach Fragment mikroscopischer Untersuchung. Die ersten Theile der Geschwulst zeigten die Charaktere eines einfachen Adenoms, während die tieferen, zuletzt entfernten Theile die Structur eines adenoiden Carcinoms mit ungewöhnlich reichlichem Stroma aufwiesen. Die Tracheotomie war im October 1885 vor der Vornahme der intralaryngealen Operationen vorgenommen worden. Bald nachdem ich die Natur der tieferen Geschwulsttheile entdeckt hatte, fand ich eine vergrösserte Drüse über der linken Seite des Schildknorpels. Danach gab ich den Gebrauch der Zange auf. Die Zunahme in der Drüsenvergrösserung war eine sehr langsame und der Patient erfreute sich bis zum Juli 1886 verhältnissmässig guter Gesundheit. Zu jener Zeit waren sehr geringe Respirationsbeschwerden vorhanden, dagegen litt der Patient, selbst beim Trinken, an starken Schlingbeschwerden. Letztere nahmen constant zu, schienen aber mehr die Folge der Cervicaldrüsenvergrösserung als einer Ausdehnung der primären Geschwulst zu sein. Der Tumor im Kehlkopf veränderte sich zwischen dem Beginne des Jahres 1886 und dem im September desselben Jahres erfolgten Tode des Patienten nur äusserst wenig."

Auf die briefliche Bitte des Herausgebers, sich ganz klar darüber auszusprechen, ob er diesen Fall als ein Beispiel a) spontaner, oder b) operativ veranlasster Umbildung, oder c) einer von Anfang an bestandenen Mischgeschwulst betrachte, erwiderte College Newman am 26. April 1888 Folgendes:

„Hinsichtlich des Falles von Adenom, welches in Adeno-Carcinom überging, so betrachte ich denselben als ein Beispiel von Umbildung, völlig unabhängig von dem operativen Vorgehen. Es war festgestellt worden, dass der Tumor im Kehlkopf (ohne merkliche Grössenzunahme) schon vier Jahre (!) vor dem Monat August 1885 bestanden hatte. In diesem Monat vergrösserte er sich plötzlich (!) während der Fall unter Beobachtung stand, und die Zunahme war eine so rapide, dass, während er im Juli die Grösse einer Erbse gehabt hatte, er bereits im October desselben Jahres genügend gewachsen war, um die Respiration zu behindern und die Tracheotomie nothwendig zu machen. Erst nach (!) alledem wurden die intralaryngealen Eingriffe vorgenommen. Vorher waren niemals Operationen im Kehlkopfe ausgeführt worden, da der Patient seine Zustimmung zu irgend welcher laryngealen Instrumentation verweigert und dieselbe erst dann gegeben hatte, als das Respirationshinderniss ihn dazu zwang. Der Fall muss daher als ein Beispiel spontaner Transformation angesehen werden."



[Dieser Fall erscheint thatsächlich einwandsfrei. Der Umstand, dass die Existenz der Geschwulst ohne merkliche Veränderung ihrer Grösse laryngoscopisch bereits seit vier Jahren festgestellt war, das plötzliche Wachsthum innerhalb weniger Monate (welches so lebhaft an die plötzliche Grössenzunahme seit Jahren unverändert bestandener Kröpfe bei Eintritt maligner Degeneration derselben erinnert) ohne irgend welche vorhergegangene intralyngeale Instrumentation, die sorgfältige, alle entfernten Theile der Geschwulst in ihr Bereich ziehende, wiederholte mikroscopische Untersuchung, die nur in den tieferen Abschnitten die Charaktere eines Drüsenkrebses erkennen lies, seitens eines Pathologen von der Competenz Dr. Newman's — alles dies vereinigt sich dazu, um den Fall im Lichte der spontanen Umbildung einer gutartigen Kehlkopfsgeschwulst in eine bösartige, nicht einer von Anfang an bestandenen Mischgeschwulst erscheinen zu lassen.]

8. Sommerbrodt (Breslau). „Am 24. Januar 1883 sah ich zuerst Herrn G., 48 Jahre alt, aus der Provinz Schlesien; derselbe hatte im November 1882 Morbilli überstanden und war 10 Tage nach dem ersten Aufstehen heiser geworden und geblieben. Der Befund am 24. Januar machte den Eindruck eines spitzzackigen Papilloms von auffällig weissgrauer Farbe am linken Stimmbande; ohne Behandlung veränderte sich in 5 Monaten das Bild, wie oben skizzirt [die Beschreibung ist durch drei schematische Zeichnungen erläutert. Herausg.]; also Rückgang bis auf eine schmale, am Rande des Stimmbandes befindliche, verdickte, unebene Partie. Diese spontane Rückbildung liess mich Gutartigkeit annehmen. Patient ist noch in demselben Jahre in Gottstein's Behandlung getreten. In ganz derselben Stelle hat sich ein Carcinom entwickelt. Auf Gottstein's Veranlassung wurde die partielle Resection des Larynx gemacht; die mikroscopische Untersuchung durch Prof. Ponfick. Patient lebt heute noch. — Gottstein, dem ich Zeichnungen meiner ersten Befunde geschenkt habe, da ihm die eigenthümliche Vorgeschichte des Falles fehlte, wird in der zweiten Auflage seines Lehrbuches wahrscheinlich den Fall speciell beschreiben [1]."

[College Sommerbrodt selbst spricht von dem Fall nur als von einem Beispiel „anscheinenden" Uebergangs. Ob ein solcher thatsächlich vorgelegen hat, dürfte zweifelhaft sein. Könnte es sich nicht wahrscheinlicher um einen der von Fauvel beschriebenen Sprossungsprocesse (vgl. S. 192) gehandelt haben, bei dem die Vege-

[1]) Dies ist in der Zwischenzeit geschehen — vgl. Gottstein, „die Krankheiten des Kehlkopfes", II. Auflage, 1888, S. 169 — doch wird in der Gottstein'schen Beschreibung der oben gegebenen Details keine Erwähnung gethan; im Gegentheil spricht Gottstein von einer „Zunahme der Verdickung am linken Stimmbande", die Sommerbrodt im März und im April gefunden habe. — Es muss hier offenbar ein Missverständniss vorliegen, da nach den oben erwähnten drei schematischen Zeichnungen Prof. Sommerbrodt's die Geschwulst am 14. März 1883 entschieden kleiner war, als am 24. Januar 1883, und im Mai 1883 wiederum kleiner als im März.

Anm. d. Herausgebers.



tationen, welche von der ulcerirten Oberfläche eines ursprünglich vorhandenen Carcinoms aufschiessen, eine Zeit lang mehr oder minder intact bleiben, und erst später langsam durch die fortschreitenden Ausbreitungen des primären Geschwürs zerstört werden? Der Herr Beobachter erwähnt selbst der auffallenden Färbung und Gestaltung („spitzzackig") des anscheinenden Papilloms. Hinsichtlich letzterer möchte der Herausgeber sich erlauben, an den S. 205 beschriebenen Fall von anscheinendem „Papillomrasen" zu erinnern. — Auch der Gedanke an eine primär vorhanden gewesene Mischgeschwulst dürfte bei der verhältnissmässigen Kürze des Vorlaufs bis zur Constatirung der Malignität nicht ganz abzuweisen sein. — Jedenfalls wird man den Fall nicht als gesichertes Beispiel für das Vorkommen spontaner Umbildungen betrachten dürfen.]

9. Stoerk (Wien). „Uebergang eines Fibroms in Carcinom[1])."

„Dass gutartige Neubildungen, wie Papillome, sich in bösartige umwandeln können, ist eine längst bekannte Thatsache. Der hier mitgetheilte Fall ist insofern interessant. als er den Nachweis liefert, dass der Process zu seiner Entwicklung 15 Jahre gebraucht hat."

„Herr Demeter Grithis, 60 Jahre alt, Kaufmann aus Salina, giebt an, stets gesund gewesen zu sein bis auf die seit 15 Jahren bestehende Heiserkeit. Dieselbe habe ihn aber nicht besonders belästigt, indem er seinen Geschäften nach wie vor nachging. Als er am 15. September 1875 zu mir kam, erstreckte sich seine Hauptklage auf Athembeschwerden. Die laryngoscopische Untersuchung zeigte den oberen Theil des Larynx, Epiglottis, Ligg. ary-epiglottica insgesammt normal, ebenso die beiden Aryknorpel; auf der linken Seite das wahre und falsche Stimmband zum Theil noch normal, an der rechten Seite befand sich ein Tumor, dessen Basis beiläufig an jenen Knickungen der Schleimhaut begann, welche wir als Anfangstheil der falschen Stimmbänder ansprechen. Der Tumor spitzte sich zu und reichte weit über das falsche Stimmband der linken Seite hinaus. Mithin bedeckte dieser Tumor den ganzen Larynxeingang und das einzige, was übrig blieb, war das hintere Segment des linken wahren Stimmbandes. Zwischen Tumor und Stimmband war ein kleiner Raum, durch welchen der Patient athmete. Bei der Sondirung zeigte sich der Tumor beweglich, aber immerhin von einer auffallenden Härte. Das einzige Moment, das zu einer Operation, welche der Patient dringend verlangte, verleiten konnte, war die Angabe des Patienten, schon länger als 15 Jahre an dem Uebel zu leiden. Ich entschloss mich zur Operation und trug am 15. September mit einer enorm grossen Guillotine diesen Tumor ab; nachdem dieser entfernt war, sah man, dass die ganze rechte Hälfte des Larynx starr, unbeweglich war. Die Sprache war besser geworden, die Excursion des übrig gebliebenen linken gesunden Stimmbandes gleich Null, da in Folge der durch die Neubildung bedingten Starrheit weder das Oeffnen noch das Schliessen möglich war. Die mikroscopische Unter-

[1]) Dieser wie der folgende Fall sind bereits in des Autors „Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs, Stuttgart, 1880. Ss. 426, 427 mitgetheilt worden, welcher die obigen Beschreibungen wörtlich entlehnt sind. Anm. d. Herausgebers.

suchung zeigte zweifellos die Elemente des Carc. epitheliale. Obschon Patient sich etwas erleichtert fühlte und freier athmete, verliess er dennoch — nach meinen Begriffen — ungeheilt die Anstalt, woselbst er behufs Operation untergebracht war, ging dann in seine Heimat und starb daselbst nach wenigen Wochen."

[Der Titel dieses Falles: Uebergang eines „Fibroms" in Carcinom — ermangelt genügender Begründung, denn mit Ausnahme der Angabe, dass der Tumor bei der Sondirung sich von „einer auffallenden Härte" gezeigt habe, rechtfertigt weder der klinische Befund noch das Resultat der mikroscopischen Untersuchung — soweit mitgetheilt — die Bezeichnung des Tumors als eines ursprünglichen Fibroms. — Ferner geht aus der Krankengeschichte durchaus nicht mit Sicherheit hervor, dass in der That seit 15 Jahren ein Tumor im Kehlkopf bestanden habe. Der Kranke gab freilich an, schon länger als 15 Jahre an „dem Uebel" zu leiden; da er aber im Anfang der Beschreibung angegeben hatte, dass er bis auf die seit 15 Jahren bestehende „Heiserkeit" stets gesund gewesen sei, und weder über die Dauer der Athemnoth, welche zur Zeit der Consultation seine Hauptklage bildete, noch über die Vornahme früherer laryngoscopischer Untersuchungen, welche die seit so vielen Jahren bestehende Existenz einer Kehlkopfgeschwulst festgestellt hätten, etwas gesagt ist, so werden Skeptiker immer einwenden können, dass der Kranke unter dem „Uebel" seine „Heiserkeit" verstanden habe, und dass der ganze Fall die Erklärung zuliesse, dass sich an eine seit vielen Jahren bestehende einfache chronische Laryngitis ein primäres Epithelialcarcinom des Kehlkopfes angeschlossen habe. — Nicht genügend erklärt scheint auch die Starre des gesunden linken Stimmbandes. — Der Herausgeber hält es für durchaus möglich, dass es sich in der That um eine spontane Umbildung in in diesem Falle gehandelt hat, und möchte dies, um alle Missdeutungen zu vermeiden, ausdrücklich betonen. Der vollgültige Beweis aber erscheint ihm nicht erbracht.]

10. Stoerk (Wien). „Uebergang eines Papillomas in Carcinoma."

„Der zunächst mitzutheilende Fall von Papilloma ist nach zwei Richtungen von höchstem Interesse: erstens zeigt er uns die Dauer dieser Neubildung durch 26 Jahre und zweitens eine Umwandlung dieses gewiss gutartig gewesenen Neoplasmas in ein Carcinom."

„Franz Lechner, 60 Jahre alt, Bürstenbinder aus St. Pölten, war nach seiner Aussage bis zum Jahre 1843 stets gesund; in diesem Jahre wurde er heiser. Die Heiserkeit blieb mit geringen Variationen durch 26 Jahre constant. Im Frühjahre des Jahres 1869 stellten sich Athembeschwerden ein, welche sich mitunter zu vollständiger Asphyxie steigerten. Am 14. August 1869 kam der Kranke zu mir; sein Aussehen ziemlich gut, seine Stimme wohl nicht aphonisch, aber hochgradig heiser. Die laryngoscopische Untersuchung zeigte beim ersten Anblicke ein riesiges Papilloma im Larynx, welches das ganze Lumen desselben erfüllte. Frei von der Neubildung war nur der obere und seitliche Rand der Epiglottis und die oberen und rückwärtigen Flächen der beiden Arytaenoidüberzüge. Das

Aussehen dieser Papillarmassen war aber von dem gewöhnlichen abweichend. Nur die Kuppen waren noch Papillarkörper, die basilaren Papillarmassen waren derb infiltrirt[1]). Während das normale Papillom locker, weich, glanzlos ist und bei der Berührung mit der Sonde nicht blutet, fühlten sich diese Massen nur an den Kuppen weich an; der übrige grösste Theil war hart, der geringste Druck veranlasste Blutung. — Als Respirations- und Phonationsöffnung diente rückwärts zwischen den Arytaenoideis eine ganz kleine Oeffnung von zwei Linien Durchmesser. Die Hals-, Nacken- und Submaxillardrüsen nicht geschwellt. Der Kranke wollte operirt werden. Ich holte probeweise ein Stückchen der Neubildung heraus, um es auch mikroscopisch bestimmen zu lassen. Czerny hatte die Güte, die mikroscopische Untersuchung vorzunehmen. Sein Befund lautet folgendermassen: „Die übersendeten Geschwulstpartikel sind allerdings noch auf ein Papillom zu beziehen, insofern als noch weder Schläuche oder Perlknoten wie bei Epitheliomen vorhanden sind. Die reichliche Epidermiswucherung[2]) aber, zwischen welcher Flimmerepithelien noch hie und da zu finden sind, dann die reichliche Zelleneinwanderung in das gefässreiche Stroma lassen auf bedeutende Recidivfähigkeit der Geschwulst rechnen, wenn sie nicht gründlich exstirpirt werden kann und ich zweifle gar nicht, dass sie schliesslich ganz malignen Charakter annehmen wird.“ — Der Kranke wurde daher rein expectativ behandelt. Das Neugebilde nahm bis zu seinem Todestage am 9. October stetig zu. Der Tod erfolgte durch Asphyxie.“

[Die Eingangs behauptete „Dauer der Neubildung durch 26 Jahre“ findet nur in der seit ebenso lange datirenden Heiserkeit einen Rückhalt, da von einer vor dem 14. August 1869 vorgenommenen laryngoscopischen Untersuchung nichts erwähnt wird und die Athemnoth erst seit dem Frühjahr des letztgenannten Jahres datirte. — Auch ist der mikroscopische Befund noch nicht auf ein definitiv etablirtes Carcinom, sondern nur auf ein atypisches Papillom zu beziehen, und Angaben über das Obductionsresultat, die den Uebergang thatsächlich erwiesen, sind leider nicht gemacht. — So könnten von strengen Kritikern auch in diesem Falle Einwendungen gegen seine Auslegung geltend gemacht werden, und es ist nicht zu läugnen, dass er nicht über jeden Zweifel erhaben ist. Nichtsdestoweniger sprechen der klinische Befund (der, wie in der Anmerkung erwähnt, durch die beigegebene Abbildung vorzüglich illustrirt wird) und das mikroscopische Ergebniss ihrem ganzen Geiste nach so sehr für die Auffassung des Falles als eines Beispiels von spontaner Umbildung eines gutartig gewesenen Neoplasmas in ein Carcinom, dass der Herausgeber nicht ansteht, ihn mit hoher Wahrscheinlichkeit als ein solches anzusehen.]

11. B. Tauber (Denver, Colorado). „Ein Mann, Bauer, 65 Jahre alt, hatte mehrere Papillome im Inneren des Kehlkopfs, welche nach einem Jahre carci-

[1]) Die gegebene Beschreibung ist im Original durch eine vorzügliche Abbildung illustrirt, welche die geschilderten Veränderungen au's Glücklichste und Ueberzeugendste veranschaulicht. Anm. d. Herausgebers.

[2]) Soll offenbar „Epithelwucherung“ heissen. Anm. d. Herausgebers.



nomatös wurden; derselbe wurde von mir tracheotomirt und lebte nachher drei Monate."

[Der Fall ist zu kurz berichtet, als dass man ihn mit Sicherheit unter die hierher gehörigen rechnen könnte. Nach dem Alter des Kranken und der Kürze des Gesammtverlaufs zu schliessen, kann es sich ebensogut um ein anfänglich unter dem Bilde eines Papilloms verlaufendes primäres Carcinom oder um eine Mischgeschwulst gehandelt haben, als um eine Umbildung.]

12. Clinton Wagner (New-York). „Patient consultirte mich im Februar 1881, nur um meine Meinung über seinen Fall einzuholen. Ich fand ein grosses Papillom am rechten Stimmbande nahe der vorderen Commissur. Es wäre damals leicht gewesen, die Geschwulst mit der Zange zu entfernen. Der Patient verweigerte indessen seine Zustimmung zu operativen Massnahmen und ich sah ihn erst im Februar 1882 wieder. In der Zwischenzeit war er nicht allein nicht seines Halses wegen behandelt, sondern nicht einmal von irgend Jemandem laryngoscopirt worden. Nunmehr füllte die Geschwulst fast die ganze Kehlkopfhöhle aus. Die Dyspnoë war sehr bedeutend. Mehrere Fragmente wurden mit der Zange entfernt. Dr. Heitzmann stellte folgende mikroscopische Diagnose: „Papillom auf entzündeter Basis; mag nach gründlicher Entfernung vielleicht nicht recidiviren; sollte aber ein Recidiv erfolgen, so würde dies in einer bösartigen Form erfolgen." — Die Neubildung erstreckte sich, soweit man sehen konnte, bis unterhalb der Stimmbänder herab. Tracheotomie und zweimalige Thyreotomie, sowie später partielle Kehlkopfexstirpation wurden vorgenommen. Weitere Information über den Fall ist zu finden in den „Archives of Laryngology". Januar 1883, in den „Philadelphia Medical News" vom 3. Februar 1883 (Artikel: „Intralaryngeale Neubildungen" im Abschnitt „Papillome") und in den Archives of Laryngology, April 1883."

[Die Geschichte des Falles liess es dem Herausgeber als nicht ganz unzweifelhaft erscheinen, ob die Neubildung nicht primär bösartig gewesen und nur unter dem Bilde eines Papilloms aufgetreten sei. College Wagner aber, dem er seine Bedenken mittheilte, hält daran fest, dass es sich „im Beginne unzweifelhaft um ein Papillom gehandelt habe", und glaubt auch nicht, dass zur Zeit der Vornahme der ersten Thyreotomie Krebs vorgelegen habe, da nach derselben völlige Heilung eingetreten und der Kehlkopf frei von Ulceration und Neubildung gewesen sei. Erst vier Monate nach der Thyreotomie sei ein Recidiv aufgetreten, die Laryngofissur zum zweiten Male vorgenommen, und die damals entfernten Tumormassen von Dr. Heitzmann noch immer für „Papillome" erklärt worden. Erst 16 Wochen später sei das zweite, nunmehr epitheliomatöse Recidiv erfolgt, in Folge dessen die partielle Kehlkopfexstirpation vorgenommen sei. — Der Herausgeber muss bekennen, dass er noch immer nicht völlig überzeugt ist, und möchte, um nicht eigensinnig zu erscheinen, an die Fälle Krieg's (S. 309 u. ff.) und v. Sokolowski's (S. 312 u. ff.) erinnern. Indessen will er andererseits gewiss nicht die Mög-

lichkeit bestreiten, dass in diesem Fall thatsächlich eine Umwandlung vorgekommen sein mag.]

Bei einem Rückblick auf die im vorstehenden Abschnitt zusammengestellten Fälle dürfte sich Folgendes ergeben:

Es war vorauszusehen, dass die unter die Kategorie anscheinender spontaner Umbildung fallenden Beobachtungen an Zahl gering und inhaltlich meistentheils mehr oder minder zweifelhaft sein würden.

Was den ersten Punkt anbetrifft, so war die Einführung der intralaryngealen Chirurgie verhältnissmässig so schnell der Verwerthung der Laryngoscopie für die ärztliche Diagnose gefolgt, dass naturgemäss nur wenige einschlägige Fälle innerhalb der zwischen diesen beiden Daten liegenden Periode zur Beobachtung kommen konnten. Und als einmal die intralaryngeale Chirurgie sich das Bürgerrecht erworben hatte, war es bei der verhältnissmässigen Geringfügigkeit intralaryngealer Eingriffe fast selbstverständlich, dass nur in ganz ausnahmsweisen Fällen einer irgend welche Beschwerde machenden Kehlkopfneubildung die Gelegenheit zur weiteren Entwickelung gelassen werden würde, ohne dass der Versuch gemacht worden wäre, diese Entwickelung durch intralaryngeale Operationen der einen oder der anderen Art zu stören.

Die Thatsachen haben diesen theoretischen Reflexionen vollkommen entsprochen: unter 10,747 mitgetheilten Fällen ist nur 12 Mal eine anscheinende spontane Umbildung berichtet worden.

Was zweitens den inneren Werth jedes dieser zwölf Fälle anbetrifft, so war der Natur der Sache nach zu erwarten, dass derselbe nur unter ganz ausnahmsweise günstigen Verhältnissen ein unbestrittener sein würde. Denn wenn wir erwägen, 1. dass bösartige Neubildungen vollständig unter dem Bilde gutartiger auftreten können, 2. dass ein Fall erst zu jener Periode zur Beobachtung kommen mag, wo von einer ulcerirten Oberfläche papillomähnliche Vegetationen aufgeschossen sind, welche den Mutterboden völlig verdecken mögen, 3. dass auch im Kehlkopf unzweifelhaft Mischgeschwülste vorkommen, 4. dass, wie im VII. Abschnitt gezeigt worden ist, ein allgemein gültiges Kriterium für die Natur der fraglichen Neubildungen nicht existirt und dass aus einem Symptom, wie langjähriger Heiserkeit, durchaus nicht ohne Weiteres geschlossen werden darf, dass die Neubildung selbst bereits seit vielen Jahren bestanden hat — so ist es leicht ersichtlich, dass man nur in den seltensten Fällen auf eine so günstige Constellation aller Umstände hoffen konnte, dass ein sicheres Urtheil über die wahre Natur des fraglichen Processes ermöglicht wurde.

Auch in dieser Beziehung haben die Thatsachen den Voraussetzungen entsprochen: bei möglichst unbefangener kritischer Sichtung der eingesandten zwölf Fälle war nur ein einziger, der Newman'sche (No. 7), als völlig einwandsfrei, der Fall von O. Chiari (No. 2) und der zweite Fall von Stoerk (No. 10) als mit hoher Wahrscheinlichkeit, der Fall von Garel (No. 4), Stoerk's erster Fall (No. 9) und der Fall von Clinton Wagner (No. 12) als sehr möglicherweise hierher gehörend zu bezeichnen, während die andere volle Hälfte der unter dieser Categorie berichteten Fälle: Bayer's (No. 1), Fano's (No. 3), Lublinski's (No. 5), Navratil's (No. 6), Sommerbrodt's (No. 8), Tauber's



(No. 11) grösseren oder geringeren Bedenken hinsichtlich ihrer wahren Natur ausgesetzt ist.

Aber selbst dieses Resultat genügt, um es fast über allen Zweifel zu erheben, dass auch im Kehlkopfe, wie in anderen Organen des Körpers gelegentlich unter dem Einflusse unter uns noch unbekannter Verhältnisse, jedenfalls aber **ohne alle intralaryngeale Instrumentation**, eine Umwandlung gutartiger Geschwülste in bösartige zu Stande kommt!

Von welcher Bedeutung dies für die Grundfrage unserer Sammelforschung ist, wird in den Schlussbetrachtungen dieser Arbeit erörtert werden.

(Fortsetzung folgt.)

II. Die laryngologische Literatur in den ersten sechs Monaten des Jahres 1888.

Die Gesammtproduction während der ersten sechs Monate des vergangenen Jahres ist anscheinend etwas geringer, als die der gleichen Periode des Jahres 1887 (vgl. Centralblatt IV, S. 295), obwohl noch immer sehr beträchtlich. Doch dürfte, wie schon mehrfach in den Vorjahren, die anscheinende Verringerung durch unseren Referenten erst später zur Kenntniss kommende Arbeiten ausgeglichen werden.

Im Uebrigen bietet die diesmalige Statistik keinen Anlass zu speciellen Bemerkungen.

Länder.	Allgemeines.	Nase.	Rachen.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Grossbritannien und Colonien	20	19	25	9	48	17	2	140
Nordamerika	3	33	21	41	27	3	4	132
Deutschland	14	22	36	7	33	10	8	130
Frankreich	5	19	23	8	32	15	4	106
Oesterreich	13	7	10	3	24	3	2	62
Italien	8	7	6	3	23	2	3	52
Belgien und Holland	2	2	3	5	7	—	1	20
Dänemark, Schweden, Norwegen	1	2	6	4	4	—	2	19
Polen	1	4	4	1	5	—	1	16
Russland	1	—	3	1	3	1	—	9
Schweiz	—	—	1	4	2	1	—	8
Spanien	—	—	1	1	3	—	—	5
Zusammen	68	115	139	87	211	52	27	699

III. Referate.

a. Aeusserer Hals.

1) **Demme** (Bern). **Mittheilungen aus dem Gebiete der Kinderheilkunde. XXV. Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitals in Bern im Laufe des Jahres 1887.**

In diesem Jahresberichte, welchem allgemeine Mittheilungen über die Entwickelung des Jenner'schen Kinderspitals und der mit ihm in Verbindung stehenden Poliklinik für Kinderkrankheiten vorangehen, ist für uns von Interesse die Mittheilung über eine Parotitisepidemie (117 Fälle), deren Beobachtung eine entschiedene Contagiosität der Parot. nachwies. Bei zweien der Fälle kam es zu ausgedehnter Abscessbildung, in einzelnen Fällen waren auch die Unterkiefer- und Unterzungen-Drüse mit ergriffen, in 1 Fall entwickelte sich in unmittelbarem Anschluss an Parotitis Geistesstörung (Halbidiotismus). Von weiterem Interesse ist noch ein Fall von Retropharyngealabscess, bei welchem die Anwendung des Jodoforms zu Intoxicationserscheinungen führte.

In der tabellarischen Uebersicht über die im Jahre 1887 behandelten Fälle finden sich verzeichnet 3 Fälle von Laryngitis diphtheritica, 3 Fälle von Diphther. faucium. SEIFERT.

2) **Demme** (Bern). **Ueber eine Parotitis-Epidemie.** *Wiener med. Blätter. No. 51. 1888.*

Dieser Artikel ist blos ein Abdruck aus „Biedert-Vogl, Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 9. Aufl. Stuttgart 1887. S. 81". CHIARI.

3) **Hagen. Ueber Parotitis nach Ovariotomie.** Inaug.-Dissert. Würzburg, 1888.

H. konnte aus der Literatur 19 Fälle von Parotitis nach Ovariotomie zusammenstellen, denen er einen von Baum beobachteten hinzufügt. SEIFERT.

4) **Larabrie. Gemischter Tumor der Parotis. (Tumeur mixte de la parotide.)** *Gaz. méd. de Nantes. 9. April 1888.*

Es handelt sich um ein myxomatöses Chondrom. E. J. MOURE.

5) **J. E. Garretson. Tumor in der Parotisgegend. (Tumour in the parotid region.)** *Med. Times. Philadelphia, 15. August 1888.*

Die Natur des Tumors war nicht bekannt. Er wurde jedoch exstirpirt und die Behauptung aufgestellt, dass jeder Tumor in dieser Gegend entfernt werden soll. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

6) **Kollmann** (Würzburg). **Ueber Gesichtsmissbildungen. Beitrag zur Facies vara.** Inaug.-Dissertation. Würzburg, 1888.

R. beschreibt 3 Fälle von Missbildungen des Gesichts, die den Unterkiefer betreffen (Facies vara). Um einigen Anhaltspunkt über die Art und Weise des Zustandekommens solcher Missbildungen zu gewinnen, untersuchte R. eine grosse



Anzahl von gesunden Individuen nnd fand dabei, 1) dass jedes Gesicht mit seinem Kinne normaler Weise nach rechts oder links von der Mittellinie abweicht, wahrscheinlich je nach der fötalen Kindeslage. 2) dass bei abnormen Widerständen diese physiologische Abweichung excessiv wird und sich stärkere Grade bis zur Bildung der Facies vara bilden, 3) dass sich diese Abweichung in der zweiten Hälfte der Gravidität ausbildet und nicht erblich ist. SEIFERT.

7) **Bayer** (Prag). **Narbige Kieferklemme. Plastischer Ersatz der zu Grunde gegangenen Schleimhaut der Wange aus dem mucösen Ueberzuge des harten Gaumens.** *Prager med. Wochenschrift. No. 34. 1888.*

Bei einem 8jährigen Mädchen wurde in einem Akte die Narbe der Wange excidirt, ein Lappen aus dem harten Gaumen zum Ersatz der Schleimhaut und einer aus der Unterkinngegend zum Ersatz der Haut der Wange gebildet und, nachdem man noch necrotische Theile der Zahnfächerfortsätze entfernt hatte, die Naht eingelegt. Die Heilung erfolgte per primam. Das Resultat war ein sehr günstiges. CHIARI.

8) **Metnitz** (Wien). **Die Knochenmarksentzündungen des Unterkiefers.** Auszug aus einem Vortrage, gehalten auf dem internat. med. Congresse zu Washington 1887. *Oest.-Ung. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde. Heft 1. 1888.*

M. bespricht 2 Fälle: Der eine hatte eine Osteomyelitis acuta blos des Unterkiefers, der andere gleichzeitig auch am Oberarm. In beiden Fällen trat der Tod ein, einmal an Meningitis und das andere Mal an Septicaemie. M. hebt die Seltenheit dieser Processe hervor und bespricht die überhaupt bei Osteomyelitis gebräuchliche Therapie, ohne Neues zu bringen. CHIARI.

9) **Nessel** (Prag). **Zwei Fälle syphilitischer Erkrankung des Unterkiefers.** *Oest.-Ung. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde. Heft 1. S. 16. 1888.*

Im Anschluss an die Beschreibung dieser 2 Fälle, die nach Extraction der necrotischen Stücke und Jodkaligaben ausheilten, giebt N. eine Uebersicht über die verschiedenen Ursachen der Periostitis des Unterkiefers. Er unterscheidet locale Ursachen, als Caries der Zähne, Phosphoreinwirkung, bösartige Neubildung und Trauma und allgemeine Erkrankungen, als Scrophulose, Exantheme und Syphilis, bringt aber nichts Neues. CHIARI.

10) **Weingarten** (Würzburg). **Ueber Phosphornecrose nebst künstlichem Ersatz der necrotisch gewordenen Kiefer.** *Oest.-Ung. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde. Heft. 2. S. 147. 1888.*

W. giebt zunächst einen kurzen Abriss über die Geschichte dieser Erkrankung und demonstrirt dann (der med. physikal. Gesellschaft) einen Kranken, dem er eine Prothese mit Gebiss für den grossentheils defecten Unter- und Oberkiefer gemacht hatte. CHIARI.

11) **v. Haderup** (Kopenhagen). **Klinische Beiträge zum Studium der Kiefercysten. (Kliniske Bidrag til Studiet af Kjäbecysterne.)** Inaugural-Dissertation. Verlag: Brödrene Salomonsen. Kjöbenhavn. 186 Ss. 1888.

Der Hauptheil der Arbeit wird von 57 klinischen Beobachtungen gebildet, die der Verf. während der letzten Jahre gemacht hat. 42 Mal sind es Zähne des

Oberkiefers, nur 8 Mal die des Unterkiefers, die mit den beobachteten Zahnwurzelcysten in Verbindung gestanden. Der jüngste Patient war 14 Jahre. der älteste 54 Jahre alt. In 6 von 42 Patienten traten sie multipel auf. Bisweilen gehen die Cysten in Suppuration über, und geben zur Bildung von Fisteln Anlass. In 3 Fällen hat Perforation ins Antrum Highmori mit nachfolgender Antro-Nasalsuppuration stattgefunden.

Ausser den Zahnwurzelcysten (Kystes periostiques des mâchoires, Magitot) wurden 10 Zahnbalgcysten (Kystes folliculaires des mâchoires, Broca) gefunden. Sie standen sämmtlich mit Wurzeln von Milchmolaren in offener Verbindung.

Schliesslich werden 4 Fälle von Kiefercysten ohne nachweisbare Verbindung mit dem Zahnsystem näher besprochen.

Die Cysten, die in Verbindung mit den Zähnen standen, wurden im Allgemeinen mittelst Entfernung der Zähne und Ausspülung der Cystenhöhle mit Thymol oder Jodwasser behandelt.

Verschiedene Modificationen bei verschiedenen Umständen von mehr zahnärztlichem Interesse werden hier übergangen.

Die Zahnwurzelcysten kommen nach dem Verf. in der Weise zu Stande, dass sich an der Spitze von devitalisirten (necrotischen) Zähnen kleine Granulationsgeschwülste bilden. Es erfolgt sodann eine Erweichung, die von der Wurzelspitze sich nach dem Centrum entwickelt, und hierdurch sind Bedingungen für eine Cystenbildung gegeben. SCHMIEGELOW.

12) **Piskacek** (Wien). **Ein Fall von congenitalem Unterkieferfibrom. Abtragung desselben am 3. Tage post partum. Heilung.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 21. 1888.*

Dasselbe war haselnussgross, ging von der rechten Seite des Unterkiefers aus und ragte aus dem Munde hervor. Es wurde mit dem Paquelin'schen Thermocauter abgetragen. 2 Jahre später konnte P. sehen, dass sich alle Milchzähne bis auf den äusseren rechten Schneidezahn gut entwickelt hatten.

CHIARI.

13) **H. Chiari** (Prag). **Sarcomatosis nach Sarcom des rechten Unterkiefers.** Demonstration in dem Vereine deutscher Aerzte in Prag. *Prager med. Wochenschrift. No. 44. 1888.*

Merkwürdig ist bei diesem Falle die schnelle Ausbildung des Primärtumors und der zahlreichen Metastasen, welche theils auf dem Wege der Lymphbahnen. theils auf dem der Blutgefässe und endlich auch durch Contactinfection entstanden waren und an den verschiedensten Organen sassen. Der Primärtumor hatte erst 11 Wochen früher sich zu entwickeln begonnen. CHIARI.

14) **Audry. Notiz über ein zum Theil cystisches Epitheliom des Unterkiefers. (Note sur un épitheliome oligo-kystique du maxillaire inférieur.)** *Journal de conn.-méd. No. 21. 31. Mai 1888.*

Verf. berichtet mit allen Details eine in der Klinik von Prof. L. Tripier gemachte Beobachtung. Nachdem er die Anamnese des Patieten wiedergegeben hat, beschreibt er die Charaktere des Tumors vor und nach der Abtragung, ebenso



die Resultate der histologischen Untersuchung. Er kommt zu dem Schluss, dass es sich um eine epitheliale Neubildung handele, die durch Vergrösserung und Schmelzung der zwischen den ausgebreiteten Zellen gelegenen Interstitien cystisch wurde und wahrscheinlich paradentären Ursprungs ist. Man sieht, meint er, in dieser Beobachtung eine feste Stütze der von Malassez ausgesprochenen Theorie vom dem epithelialen, paradentären Ursprung der Kiefercysten. E. J. MOURE.

15) **N. Ljubetzki** (Tiflis). **Geheilte Schnittwunde des Halses. (Bolnoi s saschiwscheju re sannosu raneju schei.)** *Prot. kaw. med. obtsch. No. 4. 1888.*

Ein Geisteskranker hatte sich in selbstmörderischer Absicht eine Wunde zwischen Os hyoid. und Cart. thyr. beigebracht, die von einem bis zum anderen Musc. sternocleidomastoid. reichte. Die Schleimhaut war gleichfalls durchschnitten und die Wunde klaffte so, dass man bequem den ganzen Pharynx und Larynx übersehen konnte. Durchschnitten waren die Aa. linguales, Aa. thyreoid. sup. und die Aa. maxill. ext. Es wurden die Gefässe unterbunden, die Tracheot. sup. gemacht und die Wunde vernäht. Trotz mehrfacher Versuche, die Wunde durch die Naht zu schliessen, erfolgte wiederholte Trennung der Wundränder und die Wunde heilte per secundam im Verlaufe von $3^1/_2$ Monaten. Die neue Narbe war stark eingezogen und verlegte theilweise das Lumen des nach unten und vorn dislocirten Kehlkopfs. Diese theilweise Verlegung des Kehlkopfs sieht Verf. als Ursache an, weshalb Pat. Erstickungsanfälle bekommt, sobald die Canüle entfernt wird.
LUNIN.

16) **Josso. Penetrirende Halswunde durch ein schneidendes Instrument. Aneurysma arterioso-venosum der Carotis interna und der Jugularis interna. Tod am 10. Tag. Obduction. (Plaie pénetrante du cou par instrument tranchant. Anévrysme artérioso-veineux de la carotide interne et de la jugulaire interne. Mort au 10. jour. Autopsie.)** *Gaz. méd. de Nantes. 2. April 1888.*

Der Titel zeigt an, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

b. Nase und Nasenrachenraum.

17) **Putelli** (Venedig). **Ueber das Verhalten der Zellen der Riechschleimhaut bei Hühnerembryonen früher Stadien.** *Wiener med. Jahrbücher. Heft V. S. 183—187. 1888.*

P. beobachtete bei Hühnerembryonen des 7. Tages, dass sich zwischen den Cylinderepithelien der Riechschleimhaut dünnere solche Zellen vorfinden, die sich mit Carmin stärker färben. P. führt die Entstehung dieser dünneren Zellen auf die Entleerung von Zellinhalt aus den dickeren Zellen zurück; Ursache davon ist vielleicht die Wirkung von Reagentien oder eine eigenthümliche Secretionsthätigkeit der Zellen selbst. Diese dadurch entstandenen dünnen Zellen entsprechen den schon bekannten Uebergangsformen zwischen beiden Zellenarten der Riechschleimhaut, nämlich den Cylinderzellen und den eigentlichen Riechzellen.
CHIARI.

18) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Ueber das Messen des Geruchssinns bei klinischen Untersuchungen. (Over het Meten van den Reukzin bij het klinisch Onderzoek.)** *Weekblad van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 5. 1888.*

Der Autor hat behufs Messung der Geruchsschärfe einen Riechmesser (Osmometer) construirt, dessen wesentliche Bestandtheile sind: ein Cylinder, welcher den Riechstoff enthält und ein Rohr, an welchem man riecht, und welches im Cylinder läuft. Das Aussenende des Rohres ist frei und wird in das Nasenloch gesteckt. Der Riechstoffcylinder ist aus vulcanisirtem Kautschuk ev. aus Ammonic.-Guttaperchamasse verfertigt und misst 10 Ctm. — Der Grad der Schärfe des Riechsinns wird durch die Intensität des kleinsten Reizes, den man noch wahrnimmt, ausgedrückt, und zwar ist die Geruchsstärke proportional der Länge des ausgeschobenen Cylindertheils des Riechmessers.

Sehr empfehlenswerth! BAYER.

19) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Der Mechanismus vom Riechen. (Het Mechanismes van het Ruiken.)** *Weekbl. van het Nederlandsch Tijdschr. voor Geneesk. No. 14. 1888.*

Sehr interessante kritische Studie mit eingehender Berücksichtigung der diesbezüglichen Literatur und Verwendung eigener Erfahrungen. Der Autor kommt an der Hand verschiedener Beweisgründe zu dem Resultat, dass die Diffusion unter allen Umständen eine grosse Rolle beim Riechact spiele und dass sich gegen die Diffusionstheorie nichts aufbringen lasse. Das Nähere muss im Original nachgelesen werden. BAYER.

20) **Weil** (Stuttgart). **Ueber Nasenbluten.** *Med. Correspondenzblatt des Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 27. 1888.*

Man muss dem Autor beipflichten, wenn er meint, dass die neueren Arbeiten über spontanes Nasenbluten noch recht wenig bekannt sind; man sollte doch annehmen, dass die Praktiker sich um das Wesen derartiger, so ungemein häufig vorkommender Krankheitsprocesse etwas bekümmern müssten. — Wie andere Specialisten benutzt auch W. zur Behandlung die Aetzung der blutenden Stelle mit Glühhitze oder mit Chromsäure oder Argent. nitricum. SEIFERT.

21) **Setterblad** (Stockholm). **Beitrag zur Therapie der Nasenblutung. (Bidrag till näsblödningens terapi.)** *Svenska Läkare-Sällskapets förhandl. 19. Juni 1888.*

S. macht auf die Wichtigkeit der rhinoscopischen Untersuchung bei den Nasenblutungen aufmerksam. Er erwähnt, dass die Prädilectionsstelle sich nahe den Nasenlöchern befindet, am häufigsten auf der Scheidewand oder auf dem vorderen Ende der Concha infima. Wenn die blutende Stelle gefunden ist, muss sie galvanocaustisch behandelt werden. Uebrigens werden verschiedene Mittel gegen Nasenblutung, wie das Bellocq'sche Rohr etc. beschrieben. SCHMIEGELOW.

22) **Lebovicz** (Salonico). **Therapeutische Anwendung der Borsäure.** *Wiener med. Presse. No. 39. 1888.*

L. räth bei acuter Coryza an, sich einer Mischung von Acid. boric. subtilissime pulverisat. und Coffeae arabic. subtil. pulveris. aa 5,00 zum Aufschnupfen (stündlich einmal) zu bedienen. Als Salbe leiste eine Mischung von 1 Acid. boric. auf 2 Vaselini gute Dienste bei Coryza und Ozaena der Kinder. CHIARI.



23) **v. Schrötter** (Wien). **Ueber eine eigenthümliche Form der Entzündung der Nasenmuschel.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 8. 1888.*

Es giebt in der Nase nach Schrötter sehr verschiedene und zahlreiche Entzündungsprocesse, die aber noch nicht alle hinreichend gekannt sind. Einen solchen Fall theilt Schr. nun mit. Es handelte sich um eine colossale Schwellung der mittleren Muschel, sowie um eine weisslich belegte Ulceration des Septums, da, wo sich die Muschelgeschwulst anlegte. Die mikroscopische Untersuchung abgetragener Theile ergab kleinzellige dichte Infiltration des Gewebes mit oberflächlicher Necrose und Einlagerung zahlreicher Streptococcen, so dass Schr. der Meinung ist, es handelte sich hier um eine Infection. SCHECH.

24) **Cholewa** (Berlin). **Hypertrophien der hinteren Enden der unteren Muscheln der Nase.** *Zeitschrift für Ohrenheilkunde. etc. XIX. 2. September 1888.*

Aus der vergleichenden Zusammenstellung von 93 Fällen mit oben genannten Veränderungen in der Nase ergiebt sich, dass die Männer ($^2/_3$) bei Weitem häufiger bedacht sind, als Frauen, die rechte Nase zahlreicher als die linke befallen ist, und dass diese Hypertrophien im Allgemeinen Stauungstumoren darstellen. Solche werden begünstigt durch Deviationen des Septums und durch gewisse Arten der Berufsthätigkeit. Insbesondere scheinen die Gewerbe hervorragend befallen zu werden, welche bei gebückter Kopfhaltung in staubüberladener Atmosphäre ihre Arbeit leisten (Buchdrucker). Die Behandlung wird in der Hartmann'schen Poliklinik geübt durch Anlegung der kalten Schlinge von vorne durch den unteren Nasengang. SEIFERT.

25) **Jonathan Wright. Ein pathologischer Zustand der mittleren Nasenmuschel. (A pathological condition of the middle turbinated bone.)** *New-York Medical Record. 8. September 1888.*

Eine fleissig und sorgfältig geschriebene Arbeit, die nicht sowohl bezweckt, die Ursachen der Deviation des Septums zu besprechen, wie sehr sie auch mit der knöchernen Hypertrophie des intranasalen Gebildes in Zusammenhang stehen mögen, als vielmehr die Symptome und die Behandlung des Drucks, welchen die mittlere Nasenmuschel auf das Septum ausübt. Hierbei ist es ohne Belang, ob dieser Druck durch eine echte knöcherne Hypertrophie oder eine Dislocation des Knochens von seiner natürlichen Lage nach aufwärts und innen hervorgerufen wird. LEFFERTS.

26) **A. B. Thrasher. Chirurgische Behandlung des Nasencatarrhs. (The surgical treatment of nasal catarrh.)** *Atlanta Med. and Surg. Journal. Nov. 1888.*

Bei Hypertrophie der Nasenmuscheln empfiehlt Verf. das galvanocaustische Messer, in Weissglühhitze mit dem scharfen Rand gegen das Gewebe gewandt und zwar tief schneidend. Das Resultat ist eine lineare, von vorn nach hinten durch das Gewebe gehende Brandstelle. Der Schnitt muss tief genug gehen, um einen Theil des submucösen erectilen Gewebes zu zerstören. Bei der Contraction des Narbengewebes wird die Brandstelle mit der Zeit theilweise obliterirt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

27) **L. Lacoarret. Klinische Bemerkungen über die Behandlung des chronischen Catarrhs der Nasenhöhlen. (Considérations cliniques sur le traitement du catarrhe chronique des fosses nasales.)** *Thèse de Bordeaux. 1888.* — **O. Doin, éditeur. Paris.**

Diese Arbeit zerfällt in zwei Theile. Der erste Theil enthält, nach einigen ätiologischen Bemerkungen über den chronischen Catarrh der Nasenhöhlen, die Eintheilung der Krankheit in einfach chronische, in chronische hypertrophische und chronisch atrophische Coryza oder essentielle Ozaena. Jede Form von Rhinitis wird besonders, rücksichtlich ihrer functionellen und objectiven Symptome studirt. Der Autor führt die Hauptheorien an, welche bis zur Jetztzeit über die Natur der essentiellen Ozaena aufgestellt wurden, bespricht sie und wendet sich selbst der eklektischen Theorie von Moure zu.

Der zweite Theil, der wichtigste, enthält die Behandlung der Affection. Er zerfällt in vier Capitel. Lacoarret giebt zuerst die allgemeine ätiologische Behandlung und beschäftigt sich im ersten Paragraphen mit der Behandlung der Diathesen (Diathese strumeuse, syphilitique, arthritique et herpétique). Der zweite Paragraph beschäftigt sich mit der allgemeinen, nicht diathetischen Behandlung (Erkältung. Entzündung, Hygiene etc.); der dritte endlich umfasst die ätiologische Localbehandlung (Dämpfe, reizender Staub, kaltes Wasser, entzündliche Läsionen der Nachbarschaft, Tabak, Fremdkörper etc. etc.).

Das zweite Capitel bringt die symptomatische und morbide Behandlung des einfach chronischen Catarrhs. 1. Interne Behandlung: Balsamica, Terpenthine, Theer, Copaiva etc., Sulfurate, Natr. benzoicum. 2. Aeussere Behandlung: Medicamentöse Bougies, Einblasungen, Schnupfpulver, Sprays. — Die symptomatische und morbide Behandlung des chronischen hypertrophischen Catarrhs bildet den Gegenstand des dritten Capitels.

Die Therapie muss nach dem Autor, je nach dem Grad der Affection, verschieden sein. Im ersten Stadium wird sie fast ausschliesslich eine medicinische sein, während man im zweiten Stadium die blutigen Methoden anwenden muss, chemische Cauterisationen, die chemische Galvanocaustik und die Thermocaustik. Hiervon empfiehlt Verf. ganz besonders die Galvanocaustik. Das vierte und letzte Capitel beschäftigt sich mit der symptomatischen und morbiden Behandlung des chronischen, atrophischen Catarrhs. Lacoarret ist der Ansicht, dass die Ozaena heilbar sei, wenn man den Indicationen der Krankheit zu entsprechen weiss. Es ist zunächst wichtig, für das Allgemeinbefinden zu sorgen. Was die Localbehandlung betrifft, so ist sie verschieden, je nach der Ursache, die man für die Ozaena auffinden kann. Die verschiedenen therapeutischen Mittel, die entsprechend den verschiedenen Theorien im Gebrauch sind, werden besprochen: Der einfache oder medicamentöse Tampon, Kautschukröhren, Pulver etc., Curettement der Muscheln und der Sinus etc. Verf. glaubt nach seinen Beobachtungen, dass man sich auf reichliche reinigende und antiseptische Ausspritzungen, Einblasungen und Räucherungen beschränken muss. Er zeigt den Gang an, den man bei der Behandlung befolgen muss. — Die Arbeit enthält ferner 27 eigene Beobachtungen und drei interessante Beobachtungen von essentieller Ozaena, die vom Referenten mitgetheilt wurden. Am Schluss befindet sich ein langes, sehr vollständiges Literaturverzeichniss.

E. J. MOURE.

28) **G. Hunter Mackenzie** (Edinburgh). **Chronische Rhinitis und ihre Folgen. (Chronic rhinitis and its sequelae.)** *Brit. Med. Journal. 16. Juni 1888.*

In dieser Vorlesung bespricht M. zunächst die Wirkung der chronischen Entzündung auf die Nasenschleimhaut und ihre Functionen, d. h. den Verlust des Geruchs und Geschmacks, die partielle oder vollständige Behinderung der Respirationsfunctionen der Nase und die durch Steigerung der Reizbarkeit hervorgerufene Neigung zur Erzeugung von Reflexerscheinungen.

Nachdem er diese gesondert besprochen, wendet er sich zur Beschreibung der directen und Reflexwirkungen der chronischen Rhinitis auf die benachbarten Gebilde, wie die Siebbein- und Keilbeinzellen und die Sinus, wie den Sinus frontalis.

Alsdann werden die Wirkungen der chronischen Rhinitis auf das Ohr besprochen, wie die Taubheit, bedingt durch Verschluss der Tuba Eustachii, oder eine ungenügende Luftzufuhr zu ihrer Mündung, oder eine unvollständige Oeffnung der Tubenmündung wegen eines paralytischen Zustandes der Gaumentubenmuskeln.

Schliesslich bespricht M. die directen und Reflexwirkungen der chronischen Rhinitis auf die Stimm- und Athmungsorgane. Die Stimme kann durch die Nasenstenose alterirt werden, oder die durch den Mund streichende, unerwärmte Luft kann eine chronische Laryngitis erzeugen.

Das nasale Asthma und der Husten werden durch mechanische Reizung einer hyperästhetischen Schleimhaut hervorgerufen.

Das Auftreten von Retropharyngealabscessen ist zuweilen durch Eiterung einer Drüse von der Wirbelsäule bedingt, welche einige Lymphgefässe von der Nase aufnimmt; andere gehör zu einer Drüse der Parotisgegend und andere endlich zu gewissen tiefen Halsdrüsen unter den Sternomastoideis.

M. spricht ferner von dem als Nasenrachencatarrh bezeichneten Zustand, welcher von Schwellung der Pharynxtonsille und adenoiden Vegetationen begleitet sein kann. Ebenso kann ein Gesichtserysipel, sowie Röthung und Schwellung der Nase die Folge einer chronischen Rhinitis sein.

M. beschreibt zum Schluss kurz die von ihm bei dieser Affection befolgte Behandlung. A. E. GARROD.

29) **Noquet. Einige Bemerkungen über die atrophische Rhinitis. (Quelques considérations sur la rhinite atrophique.)** *Annales de la Société Médico-Chir. de Liège. No. 8 et 9. 1888.*

Zum Theil subjective Anschauungen. Der Autor hat beobachtet, dass der krankhafte Process von der Nase nach den Ohren zu fortschreitet und zwar beginnen letztere nach dem 20. Jahre angegriffen zu werden, während dies vor dieser Zeit nicht der Fall sein soll. BAYER.

30) **M. Hajek** (Wien). **Die Bacterien bei der acuten und chronischen Coryza, sowie bei der Ozaena und deren Beziehungen zu den genannten Krankheiten.** Aus der Schnitzler'schen Abtheilung der allgemeinen Poliklinik in Wien. *Berliner klin. Wochenschrift. No. 33. S. 659. 1888.*

Das flüssige, zellarme Secret der normalen Nase sei ein schlechter Nähr-

[illegible] -ze Mropni- [illegible]

[illegible] jede [illegible] wirkung [illegible] zur [illegible]

[illegible] sammen- [illegible]

[illegible] der [illegible] lich bei [illegible] dingen. [illegible] chen Be- [illegible] necrose [illegible] Erschei- [illegible] en Art. [illegible] en Kammchen [illegible] bei der

Ozaena nur den Gestank erzeugten, das Wesentliche an dem dieser Krankheit zu Grunde liegendem Process sei aber die Atrophie und die Retention der Secrete.

(Ref. möchte an diese Arbeit eine Bemerkung knüpfen. Die Bakteriologie ist sicher eine sehr wichtige Disciplin, sie ist aber eine, noch junge Untersuchungsmethode, aus welcher Schlussfolgerungen nur mit der allergrössesten Vorsicht gezogen werden können. Wenn wir ein Bakterium für eine Krankheit ursächlich verantwortlich machen wollen, so ist es nöthig, entweder experimentell die Krankheit durch Reinculturen erzeugen zu können oder nachzuweisen, dass eine wohlgekennzeichnete Art sich immer und nur bei der betreffenden Krankheit nachweisen lässt. Würde z.B. der Koch'sche Commabacillus bei einer anderen Krankheit, als bei der asiatischen Cholera gefunden werden, so würden wir ihn nicht mehr als den Erzeuger letzterer Krankheit betrachten können. Je mehr Reserve H. sich in seinen Schlussfolgerungen auferlegt hat, wie Ref. mit besonderer Anerkennung betonen möchte, je mehr glaubt Ref. darauf aufmerksam machen zu müssen, dass der Beweis für die ätiologische Bedeutung des Diplococcus Coryzae ihm durch H. nicht erbracht zu sein scheint. H. spricht zwar nicht direct aus, der von ihm beschriebene Diplococcus sei die Ursache des Schnupfens, er glaubt vielmehr nur, dass dies zu vermuthen sei; — aber er nennt ihn Diplococcus Coryzae. Ref. glaubt nun, dass dieser Name erst dann vergeben werden darf, wenn wir einen Coccus kennen, der sich bei jedem Fall von Coryza und nur bei dieser Affection findet. Auch ist es wahrscheinlich, dass das Bakterium Coryzae sich in der Schleimhaut und nicht nur in den Secreten finden muss. Bis dahin, dass dieser Nachweis gebracht ist, scheint es dem Ref. vorsichtiger, den von H. beschriebenen Diplococcus — Diplococcus Hajek zu nennen. Der von H. bei der Ozaena beschriebene Bacillus ist dem Ref. aus eigenen Culturen bekannt. Er fand denselben jedoch auch bei anderen faulenden Processen, insbesondere auf faulendem Fleisch.) B. FRAENKEL.

31) **Vangel** (Pest). **Mikrococcus tetragenus in einem Nasengeschwüre.** *Gyógyászat. No. 32. 1888.* — Excerpt *Pest. med. chir. Presse. No. 36. 1888.*

M. fand in einem Nasengeschwüre eines Phthisikers neben Tuberkelbacillen auch mit einem lichteren Hofe versehene Kokken, die meistens zu 2, 3 oder 4 zusammen gruppirt waren. Dieselben wurden isolirt und lieferten durch Stiche in Gelatine sogenannte Stiftculturen, welche langsam wuchsen und die Gelatine nicht verflüssigten. In dem Blute geimpfter Mäuse waren die Kokken leicht zu finden. M. hebt hervor, dass diese sonst nur in Cavernen phthisischer Individuen gefundenen Mikrokokken sich hier auch in dem Nasengeschwüre fanden. CHIARI.

32) **Kiesselbach. Ueber den Schleimgehalt der Nasenpolypen.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 12. 1888.*

K. findet, dass die eigenthümliche Beschaffenheit der Schleimpolypen durch Stauungsödeme bedingt sei. Der Schleimgehalt sei ein sehr verschiedener, doch fand K. in allen Präparaten einen solchen vor. Bei sehr zahlreicher Polypenbildung findet man nicht selten die ganze Nasenschleimhaut ödematös; Köster und seine Schüler glauben, es gebe kein besonderes Schleimgewebe, sondern das in allen Bindegeweben vorhandene Mucin quelle nur auf. SCHECH.

33) Schnitzler (Wien). **Exstirpation von Nasenpolypen in der Hypnose nebst Bemerkungen über Anwendung des Hypnotismus bei Neurosen des Larynx.** *Internat. klin. Rundschau. No. 32. 1888.*

Sch. hat wiederholt die Hypnose bei Aphonia paralytica und Dyspnoea spastica und ähnlichen Neurosen des Kehlkopfes, wenn keine organische Erkrankung zu Grunde lag, mit günstigem Erfolge angewandt und auch einen Fall von Chorea laryngis durch öftere Hypnose und Suggestion geheilt.

Auch Nasenpolypen wurden bei einer 26jährigen Frau in der Hypnose entfernt und Aetzungen vorgenommen, ohne dass die Kranke etwas davon wusste.

CHIARI.

34) G. A. Stockwell. **Nasenpolypen. (Nasal polypi.)** *Med. and Surg. Reporter. Philadelphia, 8. September 1888*

Er bevorzugt die Chromsäure bei der Behandlung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

35) K. P. Battle. **Ueber die Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose und Behandlung der Nasenpolypen. (On the importance of the early diagnosis and treatment of nasal polypi.)** *North Carolina Med. Journal. September 1888.*

B. berichtet vier Fälle. Die Schlinge sollte stets der Zange vorgezogen werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

36) Macintyre (Glasgow). **Grosser Nasenpolyp. (Large nasal polypus.)** *Glasgow Med. Journal. November 1888.*

Das vorgelegte Präparat war ein sehr grosser, einfacher Schleimpolyp, der einem 17jährigen Burschen aus dem rechten Nasenloch entfernt worden war. Es geschah dies in der Weise, dass man eine Schlinge einführte und sie zusammenschnürte, bis ein ganz fester Stiel gebildet wurde. Alsdann brachte man einen Draht über denselben und setzte die Torsion so lange fort, bis die Geschwulst abging. Sie mass $4^3/_4 \times 1''$.

M. erwähnt einen anderen Fall, in dem er den Polyp zum Abfallen brachte durch eine gesättigte Tanninlösung, die er in denselben einspritzte. In einem ferneren Fall erwies die Injection sich aber unwirksam. P. McBRIDE.

37) Juffinger (Wien). **Nasentuberculose.** Demonstration in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 30. November 1888. *Wiener klin. Wochenschr. No. 36. 1888.*

38) Hajek (Wien). **Nasentuberculose.** Demonstration in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 14. December 1888. *Wiener klin. Wochenschr. No. 38. 1888.*

Da von beiden Autoren nächstens ausführlichere Arbeiten über diese Erkrankung erscheinen werden, begnüge ich mich mit dem Hinweise darauf. CHIARI.

39) Kikuzi. **Ueber die Tuberculose der Nasenschleimhaut.** Beiträge zur klinischen Chirurgie. *Mittheilungen aus der chirurg. Klinik zu Tübingen. Bd. III. 3.*

K. hat in der Literatur nur 22 Fälle von Tuberkulose der Nasenschleimhaut auffinden können, er fügt 2 neue Fälle aus der Klinik von Bruns hinzu. In dem einen dieser letzteren handelte es sich um lupöse Geschwüre am Septum

mit Perforation desselben und schwammige Granulationswucherungen vom oberen Rand der Perforationsöffnung aus, im zweiten Falle um eine Tuberkelgeschwulst ausgehend vom Septum narium und ebenfalls Perforation desselben. Aus der Durchsicht der Literatur kommt K. zu dem Schlusse, dass die Tuberkulose der Nasenschleimhaut sowohl in Form von Geschwülsten wie in Form von Geschwüren vorkommen könne, daher es schwer ist zu beantworten, ob die Tuberkulose der Nasenschleimhaut primärer oder secundärer Natur sei, ferner dass die Tuberkelgeschwülste durch ihre grosse Neigung zu ulcerösem Zerfall sich auszeichnen.

Die Prognose ist ungünstig, da man bisher in keinem einzigen Falle dauernde Heilung auch durch energische operative Eingriffe erzielt hat. SEIFERT.

40) **Michelson** (Königsberg). **Ueber Nasensyphilis.** *Volkmann's Sammlung klin. Vorträge. No. 326.*

In diesem Vortrage bespricht M. die verschiedenen Formen, unter denen die Syphilis der Nase auftreten kann, bei congenitaler sowohl als bei erworbener Syphilis, das Schwergewicht ist auf die bei letzterer auftretenden Formen gelegt und auch für diese der grössere Theil von Krankengeschichten beigebracht.

Für die ulceröse Form der Nasensyphilis hält M. die am Septum als longitudinale Furchen sich präsentirenden Geschwüre für geradezu pathognomonisch. Mit Moldenhauer und Michelson muss auch der Referent die wesentlichste Entstehungsursache der Sattelnase in der narbigen Schrumpfung des Bindegewebes ansehen, welche die häutige und knorplige Nase an die Nasenbeine anfügt und ferner bestätigen, dass auch in Folge von phlegmonösen Processen an gewissen Theilen der Nase das typische Bild der Sattelnase sich ausbilden kann, ohne dass ein Defect am Septum nachweisbar ist. Ebenso kann der Referent aus mehrfacher Erfahrung in Uebereinstimmung mit diesen Autoren angeben, dass grosse Defecte am Septum sich finden können, ohne Veränderung der äusseren Gestalt der Nase.

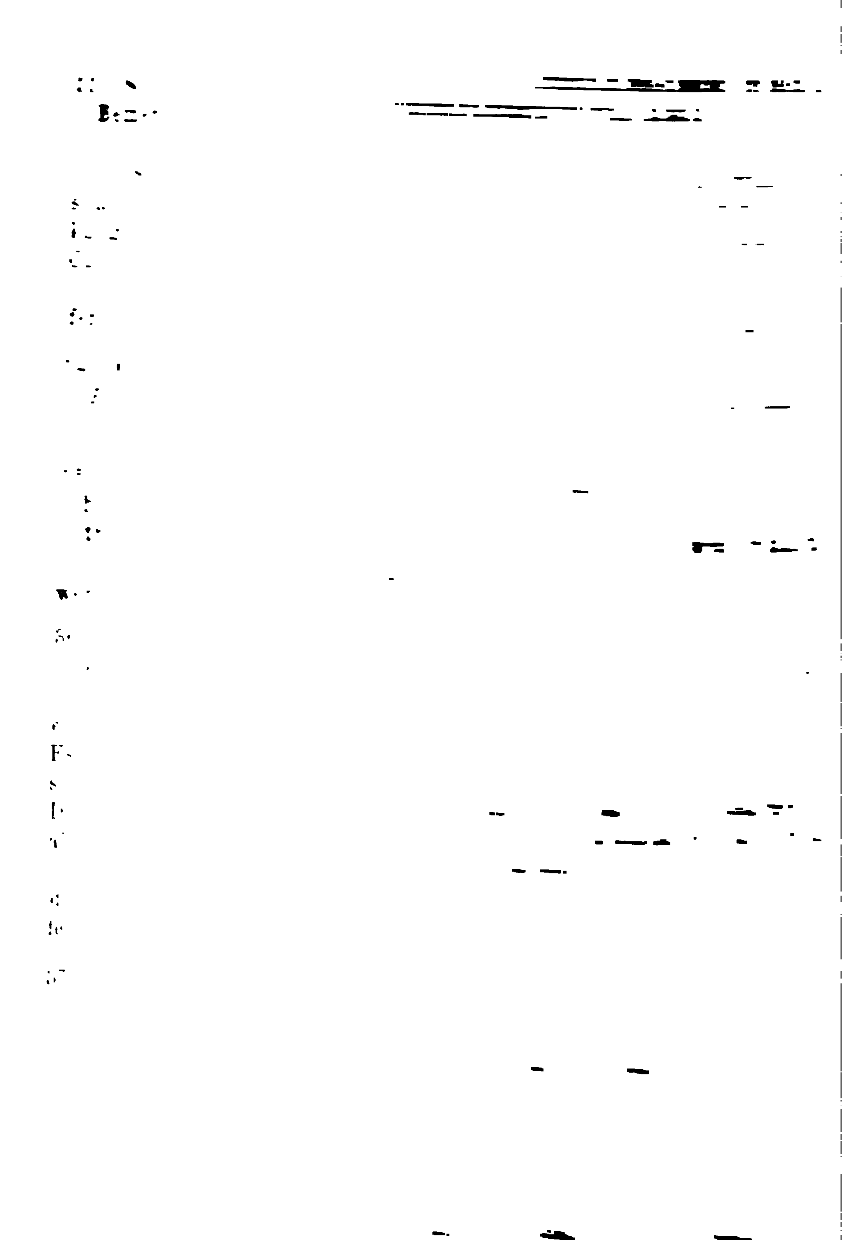
Aus einer Statistik geht hervor, dass die Gefahr einer Erkrankung an syphilitischen Ulcerationsprocessen der Nase und des Nasenrachenraumes in der Zeit vom 1.—3. Jahre nach der Ansteckung am grössten ist.

Beizustimmen ist der Warnung des Verf.'s vor einer kritiklosen Verwerthung der Nasendouche oder Nasenspritzen bei der Behandlung der luetischen Rhinitis.

Genügt in den leichteren Fällen meist der alleinige Gebrauch von Jodkali, so ist in den schwereren Fällen eine Combination dieser internen Behandlung mit Quecksilber durchaus am Platze. SEIFERT.

41) **E. Dupré. Fall von Syphilis heredit. tarda: Hutchinson'sche Trias; Deformation der Nasenbeine; gummöses Geschwür des Velum. (Observation d'hérédo-syphilis tardive: Triade de Hutchinson; lésion déformante des os du nez; ulcération gommeuse du voile du palais.)** *La France méd. No. 31. 3. März 1888.*

Es handelt sich um ein 12jähriges Mädchen, welches bei einer specifischen Behandlung geheilt wurde. E. J. MOURE.



Beaufoy Green (Kendal). **Dermoidcyste der Zunge. (Dermoid cyst of the tongue.)** *Brit. Med. Journal. 2. November 1888.*

Vortrag, gehalten in der Clinical Society of London am 26. October. Fall s 31jährigen Mannes. Die Cyste war congenital, wuchs langsam und verurste schliesslich Sprach- und Athembeschwerden. Entfernung, während welcher Cyste barst. Schliessliche Heilung. — In der Discussion erwähnte Mr. ker, dass er Notizen über 18 ähnliche Fälle gesammelt habe, und dieselben t für sehr selten hielte. Die Ausschälung sei gewöhnlich leicht, doch müsse Balg in toto entfernt werden, da sonst leicht Cellulitis des Halses folge.

SEMON.

G. D. Bloything. **Sarcom der Zunge, durch Operation geheilt. (Sarcoma of the tongue cured by operation.)** *New-York Med. Journal. XLVII. 25. 1888.*

Patient war ein junger Mensch von 17 Jahren und der Tumor wurde auf durch einen abgebrochenen Zahn hervorgerufenen Reiz zurückgeführt; das chsthum auf das Rauchen von Cigaretten. Es wurde mit der Scheere ein eckiges Stück der Zunge nebst dem Tumor herausgeschnitten. Nach der ständigen Heilung war keine Veränderung in der Sprache des Patienten zu erken. In 6 Jahren war kein Recidiv aufgetreten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

Schultén (Helsingfors). **Fall von Sarcom der Zungenwurzel. Tracheotomie. Ligatur beider Arteriae linguales. Exstirpation mittelst Pharyngotomia suprahyoidea. Genesung. (Fall af sarkom i tungeroden. Trakeotomi. Ligatur af bade Art. lingvales. Exstirpation medelst pharyngotomia suprahyoidea. Helsa.)** *Finska Läkaresällskapets Handlingar. p. 680. 1888.*

Es handelt sich um eine 32jährige Frau, die seit einigen Monaten an zunehmenden Schluckbeschwerden gelitten hatte. Eine Geschwulst an der Zungenwurzel über der Epiglottis fand sich, so gross, dass der Schlund beinahe von m Neoplasma ausgefüllt war. Tonsillen und Epiglottis frei. — Der Titel des rtikels giebt das Uebrige.

SCHMIEGELOW.

) Christopher Heath (London). **Zwei Fälle von Totalexstirpation der Zunge wegen Epitheliom; in dem einen wurde auch das submentale Gewebe, sowie ein Theil des Unterkiefers abgetragen. Heilung. (Two cases of removal of the whole tongue for epithelioma and in one of the submental tissues and part of the lower jaw also. Recovery.)** *Lancet. 23. Juni 1888.*

Der Titel erklärt den Inhalt.

A. E. GARROD.

51) H. H. A. Beach. **Zungenkrebs. Totalexstirpation durch blutlose Operation. (Cancer of the tongue. Complete extirpation by a bloodless operation.)** *Boston Med. and Surg. Journal. CXVIII. 15. 1888.*

Patientin, eine 56jährige Frau, hatte vor 15 Jahren sich den Zungenrücken ein klein wenig mit Lauge verbrannt.

Es war ein weisslicher Fleck zurückgeblieben, der vor mehreren Monaten zu ulceriren begann. Es bestand kein Schmerz noch Blutung, zuletzt trat jedoch ...nlicher Schmerz auf.

Patientin wurde ätherisirt, ein Ketteneoraseur rings um die Zunge vorn an der Epiglottis gelegt und allmählich zusammengeschnürt. Sobald die Kette zu wirken begann, wurde die Schraube so gestellt, dass sie sich nur einmal alle zwei Minuten umdrehte, und gerade in 46 Drehungen war die Abtrennung eine vollständige. Es erfolgte gar keine Blutung; der Schmerz war sehr gering, und nach zwei Wochen wurde Patientin ganz wohl entlassen und war im Stande, sich leicht verständlich zu machen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

52) Lockwood (London). **Epitheliom der Zunge, Compression der Art. lingualis. Exstirpation. Heilung. (Epithelioma of the tongue, compression of lingual artery. Removal. Recovery.)** *Brit. Med. Journal. 3. November 1888.*

Von Interesse ist bei diesem Fall die Compression der Art. lingualis.

Die Operation wurde glücklich ausgeführt ohne irgend welchen nennenswerthen Blutverlust. R. MACKENZIE JOHNSTON.

53) H. Francotte (Lüttich). **Angeborene halbseitige Zungenatrophie; spastische Paralyse der unteren Extremitäten. (Hémiatrophie congénitale de la langue; paralysie spastique des extrémités inférieurs.)** *Annales de la Société Médico-Chir. de Liège. No. 8 et 9. 1888.*

Der Fall ist interessant erstens als angeborne Affection und zweitens wegen der damit verbundenen spatischen Paralyse der untern Extremitäten.

Zum Nachlesen zu empfehlen. BAYER.

54) A. Ruault. **Beitrag zur Pathologie der vierten Mandel [Zungenmandel]. (Contribution à la pathologie de la quatrième amygdale [amygdale de la langue].)** *Arch. de Laryng. 15. Juni 1888.*

Verfasser stützt sich auf 14 Fälle von Amygdalitis präepiglottica, die er beobachtet hat. Er beschreibt die pathologische Geschichte dieser Affection sowohl in ihrer acuten, als auch chronischen Form. Er bespricht die Symptome und die verschiedenen Störungen, die sie verursacht; ebenso die Behandlung, die er für zweckmässig hält. Ruault hat nur den Galvanocauter angewandt.

E. J. MOURE.

55) Hagen (Leipzig). **Ueber die Erkrankungen der Zungentonsille.** Berichte der med. Gesellschaft zu Leipzig. 16. Oct. 1888. *Schmidt's Jahrb. No. 11. 1888.*

H. giebt in seinem Vortrage hauptsächlich eine Schilderung des klinischen Krankheitsbildes, wie es einmal durch die acute und andererseits durch die chronische Erkrankung der Zungentonsille hervorgerufen wird. Ueber die Aetiologie ist noch nichts Sicheres bekannt, die Prognose günstig, für die Behandlung benützt H. Pinselungen mit Lugol'scher oder Arg. nitr.-Lösung, die galvanokaustische oder kalte Schlinge oder direct Aetzung mit dem Galvanokauter.

SEIFERT.

56) Schreiber (Königsberg). **Melanotische Färbung des Gaumens.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 34. S. 694. 1888.*

Bei einer 35jährigen, sonst gesunden Frau, die dem Königsberger Verein für wissenschaftliche Heilkunde am 28. November 1887 vorgestellt wurde.

B. FRAENKEL.

57) **Joachim** (Berlin). **Beitrag zur Physiologie des Gaumensegels.** *Zeitschrift für Ohrenheilkunde. XIX. 1. Juni 1888.*

Bei einem Patienten, bei welchem durch Syphilis die ganze äussere Nase und die ganze Nasenscheidewand zerstört war, aber die hintere Rachenwand, die Tuben, der ganze weiche Gaumen verschont geblieben waren, stellte J. Untersuchungen über die Bewegungen des weichen Gaumens bei Phonation, Schluckbewegungen, Husten, Würgen, Gähnen etc. an und über das Verhalten der Tubenmündungen bei Schluckbewegungen.

Er fand, dass sich das Gaumensegel in toto hebt, und wenn es seine höchste Höhe erreicht hat, die hintere Rachenwand mehr oder weniger fest über der Ebene des harten Gaumens anliegt, daselbst ohne Bewegung während der Phonation verharrt und mit dem Aufhören derselben in toto in Ruhestellung zurücktritt. Die Tuba öffnet sich während des Schlingactes. SEIFERT.

58) **Trélat** (Paris). **Heilung und Bildung der angeborenen Gaumenspalten vor und nach der Geburt. (Guérison et formation des fentes congénitales palatines avant et après la naissance.)** *Progrès méd. No. 15. 14. April 1888.*

Gelegentlich dreier Krankheitsfälle bespricht T. den Ursprung der Gaumenspalten, die, nach ihm, nach der Geburt ohne jede andere destruirende Affection entstehen können. Er bemerkt zum Schluss, dass die bei der Geburt existirenden Spalten später spontan heilen, und dass gewisse Missbildungen nichts anderes als intrauterine Heilungen von Gaumenspalten seien. Endlich betont er die Nothwendigkeit. nach der Operation eine besondere Erziehung einzuleiten, um die Articulationsfehler zu beseitigen. E. J. MOURE.

59) **Kappeler** (Münsterlingen). **Zur Behandlung der angeborenen Gaumenspalten.** *Correspondenzblätter für Schweizer Aerzte. 17. September 1888.*

In 4 Fällen von Gaumenspalten (3 angeborene und 1 durch Lues erworbene) wurde durch die Operation der Uranoplastik und Staphylorrhaphie, durch Einlegung eines weich-elastischen Obturators zwischen genähtes Velum und hintere Pharynxwand und durch einen systematischen Sprachunterricht ein vollkommener Erfolg in Bezug auf die Sprache erzielt. Was die Frage ob Früh- oder Spätoperation anlangt, so steht K. auf Seiten von J. Wolff, dass bei geeignetem Operationsverfahren Kinder von 5 Mon. operirt werden könnten. SEIFERT.

60) **Tschaikowski. Ueber die Contagiosität der Angina catarrhalis acuta. (O saras nom prois koschdenii perwitschnoi ostroi catarrhalnoi schabi.)** *Med. obs. No. 11. 1888.*

Verf. versucht an der Hand eines Materials von 311 Fällen der Aetiologie der Angina cat. acut. auf den Grund zu kommen und thut das auf dem Wege der klinischen Beobachtung und der bacteriologischen Untersuchung. In 11 Fällen liessen sich als Ursachen der Angina verschiedene Schädlichkeiten nachweisen, in 43 Fällen wurde Erkältung als Ursache angegeben und in 257 Fällen (also 82,7 pCt.) konnte gar keine Ursache gefunden werden. Aus der Beobachtung von 7 kleinen Hausepidemien konnte Verf. sich leicht von der Ansteckungsfähigkeit der Ang. cat. acut. überzeugen. In allen Culturversuchen, die mit der ent-

sprechenden Vorsicht angestellt waren, fand Verf. den Staphylococcus und Streptococcus pyogenes. Verf. hält sich für berechtigt auf Grund seiner Beobachtungen zu erklären, die Ang. cat. acut. sei eine ansteckende Krankheit, die durch den Staphylococcus und Streptococcus pyogenes hervorgerufen wird. Die Erkältung und sonstige Schädlichkeiten können als prädisponirende Momente aufgefasst werden, welche die Widerstandskraft der Schleimhaut herabsetzen und die Invasion der Mikroorganismen erleichtern. LUNIN.

61) Jacquemart (St. Etienne). **Bemerkung über eine kleine Epidemie von Angina. (Note sur une petite épidémie d'angine.)** *La Loire méd. No. 6. 15. Juni 1888.*
Nichts Neues. E. J. MOURE.

62) **Harrison Allen. Gichtische Angina. (Gouty sore-throat.)** *Medical News Philadelphia. LII. 24. 1888.*

Mit diesem Ausdruck ist eine Erkrankung in oder um den Pharynx und Larynx gemeint, die von der Existenz der Gicht abhängig ist. Sie pflegt sich nicht während eines acuten Anfalls der letzteren zu entwickeln, sondern kommt vielmehr bei solchen Personen vor, welche an der neuralgischen Form der irregulären Gicht leiden, oder bei Personen mit habitueller Gicht, die nicht sorgfältig in ihrer Diät sind. Sie wird sehr leicht mit dem irritablen Hals der Anämie verwechselt.

Den besten Beweis für den arthritischen Zustand liefern die Zähne, welche gewöhnlich gross gefunden werden; besonders ist der Durchmesser von vorn nach hinten vergrössert und die Emaille dick und von gelblicher Farbe. Diese Eigenthümlichkeit beschränkt sich auf die Schneide-, Eck- und vorderen Backzähne. Es besteht ferner eine Neigung des Zahnfleisches, vom Hals der Zähne zurückzuweichen.

Bei der Localbehandlung der gichtischen Angina müssen nur milde Mittel angewendet werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

63) **Ducastel. Frühzeitige syphilitische Angina. (Angine syphilitique précoce.)** *Soc. méd. des hôp. Paris, 8. Juni 1888.*

D. hat Hypertrophie der Mandeln, der Drüsen des Velums und Vascularisation des Schlundes gesehen. Alles wohlbekannte Symptome. (? Red.)
E. J. MOURE.

64) **Vamossy (Wien). Ein Beitrag zur Casuistik der typhösen Erkrankungen des weichen Gaumens und des Larynx.** *Wiener klinische Wochenschrift. No. 18, 19 u. 20. 1888.*

V. bringt zunächst den genauen Bericht über 2 Fälle von Ileotyphus mit typhösen Veränderungen am Gaumen und im Kehlkopfe, als Geschwüren, Schwellungen, Necrosen etc., und geht dann auf die Literatur dieser Localisation des Typhus über. Betreffs der Betheiligung des weichen Gaumens ist er mit vielen Autoren der Ansicht, dass es sich da um wirklich specifische Formen, vielleicht nach Art der Folliculargeschwüre des Darmes handle, und giebt differentialdiagnostische Kennzeichen gegenüber allen anderen Ulcerationsprocessen des Gaumens.

Für den Larynx ist diese Frage wohl von den meisten Autoren zu Gunsten der specifischen Natur der Infiltrate oder Geschwüre entschieden worden, obwohl man auch hier im Geschwürssecrete keine Typhusbacillen nachweisen konnte. Fleissig zusammengestellte Literaturangaben erhöhen den Werth der fleissigen Mittheilung. CHIARI.

65) **E. M. Hewish. Acute infectiöse Pharyngitis. (Acute infectious pharyngitis.)** *Philadelphia Med. News. 8. September 1888.*

Das Charakteristischste der Krankheit, wie sie von H. beschrieben (und durch die klinischen Details eines Falles aus seiner eigenen Praxis mit Dyspnoe, Tracheotomie und tödtlichem Ausgang erläutert) wird, besteht darin, dass die Krankheit vorher gesunde Personen befällt ohne jede sichtbare Ursache und einen schnellen Verlauf nimmt, indem sie in wenigen Tagen tödtlich endet. Sie begann mit Halsschmerzen und Schlingbeschwerden, begleitet von Fieber, das oft nur mässig ist, dann folgte Heiserkeit oder Stimmverlust und Athemnoth; schliesslich wurde das Sensorium ergriffen und es trat schneller Tod ein.

Die wichtigste pathologische Veränderung, die sich bei der Section fand, war eine diffuse, eitrige Infiltration der tieferen Gewebe der Pharynxschleimhaut. Die Entzündung erstreckt sich auf die Trachea, die Halsdrüsen und secundär auf andere Theile, besonders die Magenschleimhaut. LEFFERTS.

d. Diphtheritis und Croup.

66) **A. Jacobi. Therapie der Diphtherie. (Therapeutics of diphtheria.)** *Medical News Philadelphia. LII. 24. 1888.* (Auch in der *Internationalen klin. Rundschau, No. 34—36, 1888* publicirt.)

Grosse Wichtigkeit wird der prophylactischen Behandlung beigelegt, wie Isolirung des Kranken, gelegentliche Untersuchung des Halses der Kinder und Dienstboten, regelmässige Desinfection öffentlicher Plätze, Behandlung des Hals- und Nasencatarrhs, Ausschneidung grosser Mandeln etc.

Was die interne Behandlung betrifft, so giebt es keine specifische. Zur Localbehandlung der Diphtherie auf äusseren Flächen zieht der Autor Jodol und Jodoform vor. Die Localbehandlung der Pseudomembran im Schlund ist von grosser Wichtigkeit. Was man jedoch thun mag, soll ohne Gewalt geschehen. Es werden Jodtinctur und Carbolsäure empfohlen; ebenso Dampfinhalationen mit oder ohne flüchtige Mittel. Eisenchlorid soll in den meisten Fällen gegeben werden; ebenso ist die tägliche innerliche Darreichung von 0,015—0,03 Sublimat von sehr grossem Nutzen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

67) **Guelpa. Die Ernährung bei der Diphtherie. (De l'alimentation dans la diphthérie.)** *Soc. de thérapeut. Paris, 25. August. — Bullet. méd. 29. April 1888.*

G. empfiehlt die Ernährung mit flüssigen und halbflüssigen Stoffen nach voraufgegangener Waschung mit einer Lösung von Liq. ferri.

Cadet de Gassicourt ist für eine kräftige Ernährung der Kinder und befürchtet nicht, Indigestion zu erzeugen

Féréol zieht mehr die Ernährung mit beinahe festen Substanzen vor, da sie besser geschluckt werden als Flüssigkeiten. E. J. MOURE.

68) **R. W. Griswald. Einige Bemerkungen zur Diphtherie. (Some observations on diphtheria.)** *New England Medical Monthly. VII. 10.*

G. glaubt, dass es keine specifische Behandlung giebt und der Erfolg von Zufälligkeiten abhängt. Er wendet Localbehandlung an (wozu er auch äussere Pinselungen rechnet), besonders Jod. In der Landpraxis widerräth er die Tracheotomie oder Intubation, weil, wenn die Operation misslingt, der Arzt geschädigt ist. Es ist auch auf dem Lande schwer, zu isoliren. Er hat Fälle gesehen, bei denen das Gift durch eine dritte Person übertragen worden war und andere, bei denen es unmöglich war, die Krankheit auf eine Ansteckung zurückzuführen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

69) **M. Shoemaker. Citronen als Prophylacticum gegen Diphtherie. (Lemons as a prophylactic of diphtheria.)** *Medical Age, Detroit. VI. 13.*

Seitdem Verfasser Citronensaft zur Behandlung der Diphtherie anwendet, hat er, mit Ausnahme einiger Fälle von Larynxdiphtherie, keinen Todesfall gehabt. Er giebt ferner Tinct. ferr. chlorati und eine starke Lösung von Kal. chlor. und Chinin. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

70) **L. D. Mason. Die locale Anwendung des Kali permangan. bei Nasen- und Pharynxdiphtherie. (The local use of permanganate of potash in nasal and pharyngeal diphtheria.)** *Brooklyn (N.-Y.) Med. Journal. Mai 1888.*

Für den Spray wird eine 1procentige Lösung genommen. Dieselbe beseitigt zunächst den Foetor; dann macht sie die Exsudation unschädlich, so dass sie nicht länger den Körper vergiftet. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

71) **H. V. Knaggs. Schwefel gegen Diphtherie. (Sulphur in diphtheria.)** *Therapeutic Gazette. 15. März 1888.*

K. glaubt, dass Schwefeleinblasungen, obwohl schwierig und unangenehm, dennoch von grossem Nutzen bei Diphtherie wären. Er empfiehlt auch die innere Darreichung von Schwefel und meint, dass Glycerin das beste Vehikel für denselben wäre. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

72) **Bleynée. Behandlung der häutigen Angina. (Treatment de l'angine couënneuse.)** *Journ. de la soc. de Méd. et pharm. de la Hte Vienne. No. 1. Mai 1888.*

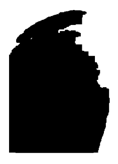
B. bespricht das Eis und das kalte Wasser, welches er in diesen Fällen empfiehlt. Er führt einige Fälle zur Stütze dieser Ansicht an. Selbstverständliche Dinge. E. J. MOURE.

73) **Simon Baruch. Specifica bei Diphtherie. (Concerning specifics in diphtheria.)** *New-York Medical Record. 25. Februar 1888.*

Eine Auseinandersetzung persönlicher Ansichten. Nichts von allgemeiner Bedeutung oder Interesse. LEFFERTS.

74) **J. G. Meacham. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Chicago Med. Standard. III. 37.*

M. empfiehlt bei jungen Kindern locale Behandlung; man solle jedoch oft innere Mittel anwenden, um eine locale Wirkung zu erzielen. Es soll kein anderes



Emeticum als Ipecacuanha gegeben werden. Er glaubt an die Identität von Diphtherie und Croup. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

75) **Barrois. Zwei Fälle von Diphtherie, behandelt und geheilt mit Douchen einer Lösung von Natrium carbolicum nach der von Roubin beschriebenen Methode. (Deux cas de diphthérie, soignés et guéris par les douches à la solution de phénate de soude selon la méthode décrite par le Dr. Roubin.)** *Union méd. 23. October 1888.*

Der Titel bezeichnet den Inhalt. E. J. MOURE.

76) **Guelpa. Behandlung der Diphtherie. (Du traitement de la diphthérie.)** *Bullet. géner. de thérap. 15. Juli 1888.*

In einem an Dr. Goldschmidt (Strassburg) gerichteten Brief empfiehlt G. von Neuem Lösungen von Liq. ferr. sesquichlor. zu Injectionen und Inhalationen. Er rühmt diese Methode sehr, da sie ihm ausgezeichnete Resultate geliefert hat. E. J. MOURE.

77) **J. D. Bruce. Papoid und Veratrum viride gegen Diphtherie. (Papoid and veratrum viride in diphtheria.)** *New-York Med. Record. 13. October 1888.*

Des Autors Erfahrung über Veratrum erstreckt sich nur auf einen einzigen Fall; mit Papoid hat er 7 milde Fälle behandelt. Da er nun selbst angiebt, dass es ihm schwer würde zu entscheiden, welchem Mittel er den Vorzug geben solle, so wird es vielleicht gerathen sein, die Resultate seiner gereifteren Erfahrung abzuwarten, bevor man seinem Beispiele folgt und auf so unsicherem Boden einen Auszug zum Druck giebt. LEFFERTS.

78) **Uchermann** (Christiania). **Die Behandlung der Diphtheritis. (Diphteritens Behandling.)** *Tidsskrift for praktisk Medicin. Mai und Juni 1888.*

In diesem „redactionellen Artikel" wird die Behandlung der Diphtheritis vom modernen Standpunkt aus beleuchtet. Von der Anschauung ausgehend, dass die Krankheit primär eine locale ist, die erst später generelle Symptome hervorruft, wird das Hauptgewicht der Behandlung auf eine genaue Desinfection des Schlundes gelegt, die mittelst Carbolglycerins oder Sublimatglycerins, am besten 2 Mal täglich vorzunehmen ist. (Siehe übrigens dieses Centralblatt, III. S. 439, No. 75.) SCHMIEGELOW.

79) **A. Putawski** (Warschau). **Ein Beitrag zur Behandlung der Diphtheritis. (Przyczynek do leczenia błonicy.)** *Gazeta lekarska. No. 36. 1888.*

Verf. berichtet über die günstigen Resultate, die er mit Einstäubungen von Jodoformpulver bei Diphtheritis sowohl in der Abtheilung des Dr. Dunin, wie in seiner Privatpraxis erzielt. Das Jodoform wird mit Magnesiapulver vermischt, auf die afficirten Stellen entweder mit einem Wattepinsel oder einem gewöhnlichen Insufflator (mit Gummiballon) 2—3 mal täglich applicirt. Schon eine halbe Stunde später lässt sich das Jod im Harne nachweisen. (Einige Tropfen rauchende Salpetersäure und ein Körnchen Stärke, welches sich blau färbt, dienten als Reagens.) Als Allgemeinbehandlung empfiehlt P. vor Allem die Weingeisttherapie. In 17 Fällen (von denen 1 Fall mit gangränösem Zerfall, 2 schwere Fälle im Verlauf von Scharlach) erzielte P. schnelle Heilung. HERYNG.

80) **M. M. Halfield. Vorläufige Bemerkung über den Werth des Wasserstoffsuperoxyds. (Preliminary note in regard to the value of hydrogen peroxide.)** *Archives of Pediatrics. V. 50. 1888.*

Wasserstoffsuperoxyd wirkt nicht als ein Auflösungsmittel auf diphtheritische Membranen, sondern vielmehr als ein Desinficiens und Antidot. Es verhütet auch nicht die Bildung des Exsudats, sondern neutralisirt dessen Gift und beseitigt so viele der Folgen der Krankheit. Von 18 mit diesem Mittel von H. behandelten Fällen sind Alle genesen. Wenn der Hals mit einem Spray von mehrmals verdünntem Hydrog. superoxyd. zweistündlich behandelt wird, so wird er nicht faulig und übelriechend, wie das stets der Fall ist, wenn er sich selbst überlassen wird. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

81) **Chas. L. Hageboom. Behandlung des membranösen Croup mit Natrium bicarbonat. (The treatment of membranous croup with bicarbonate of soda.)** *New-York Med. Record. 3. März 1888.*

Der Autor ist der Ansicht, dass wir ein therapeutisches Mittel nöthig haben. welches schneller auf das Blut und die Assimilationskraft des Organismus, oder zum wenigsten auf die Gewebe in dem Gebiet der Exsudation einwirkt. Die Tendenz des Blutes zu visciden Bildungen muss in acuten Fällen schnell beseitigt werden, damit keine gefährliche Stenose des Larynx eintritt. Hierzu eignet sich nichts besser als die interne Einführung einer genügenden Menge des natürlichen Alkali des Körpers in Form des Bicarbonats.

Er beginnt die Behandlung mit einer Dosis von 4 g Natr. bicarb., gelöst in einem halben Tassenkopf voll Wasser; dazu fügt er einen Esslöffel voll Milch. um den Geschmack etwas zu verbessern und das Schlucken zu erleichtern. Dann giebt er stündlich $1^1/_2$ g, bis die Larynxsymptome schwinden. Dazwischen reicht er schwache Milch mit Wasser und legt warme Cataplasmen auf den Hals. LEFFERTS

82) **T. B. Greenley. Pseudomembranöser Croup. (Pseudomembraneus croup.)** *Progress Louisville. 11. 249.*

G. giebt 2stündlich 0,03 Calomel und 0 06 Ammon. chlorat. neben heissen Umschlägen auf den Hals, um deren alterirende Wirkung auf die Exsudation des Blutes zu unterstützen.

Er zieht die Tracheotomie der Intubation vor, weil sie leichter auszuführen ist. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

83) **Bleynée. Behandlung der Angina und Laryngitis diphtheritica mit Eis. (Sur le traitement de l'angine et de la laryngite diphthéritique par la glace.)** *Journal de la Société de méd. de la Haute-Vienne.*

Der Titel zeigt an, um was es sich handelt. B. sucht besonders die Einwürfe zurückzuweisen, welche gegen diese Methode gemacht wurden. E. J. MOURE.

84) **Lannois** (Lyon). **Chloroformnarcose bei Kindern mit Larynxdiphtherie. (Anesthésie par le chloroforme chez les enfants atteints de diphtherie laryngée.)** *Société des sc. méd. de Lyon. 11. April 1888.*

L. bespricht eine über diesen Gegenstand geschriebene Arbeit, welche dieser Methode grosse Vortheile nachrühmt. E. J. MOURE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

85) **Moure. Anwendung der Laryngoscopie. (Application de la laryngoscopie.)** Vorlesung, von Natier aufgezeichnet. *Journal de méd. de Bordeaux. 12. und 19. Februar 1888.*

Eine praktische Vorlesung. Nichts Neues. E. J. MOURE.

86) **Handmann** (Kalksburg). **Die menschliche Stimme und Sprache in physiologisch-psychologischer Beziehung.** Münster, 1887. Aschendorff.

Die vorliegende Abhandlung giebt eine Uebersicht über das Stimmorgan des Menschen, über die Stimmbildung, über die Sprachelemente und deren Bildung und zeugt von grossem Verständniss des Verf. für die Physiologie der Stimme. Erläutert werden die Ausführungen durch eine Reihe von in den Text gedruckten Figuren. Ein Anhang berücksichtigt die Sprachfehler und die Sprach- und Stimmübung. Die Literaturangaben sind genau und ausführlich, so dass das Buch gut empfohlen werden kann. SEIFERT.

87) **Putelli** (Venedig). **Ueber einige Verklebungen im Gebiete des Kehlkopfes des Embryos.** *Wiener med. Jahrbücher. No. VI. 1888.*

P. fand an Embryonen von Säugern, bei denen der Kehlkopfeingang und die Stimmritze schon ihre Verklebung verloren hatten, die Wände des Ventriculus Morgagni mehr oder weniger durch Epithelmassen verklebt. Ferner zeigte sich, dass auch zwischen Kehldeckel und seiner Umgebung, besonders in dem sogenannten Sinus aryepiglotticus inf., öfters Verklebung bestand. B. erklärt diese Verklebung aus der längere Zeit unveränderten Stellung des Kehldeckels in einer gewissen Periode des embryonalen Lebens. Details sind im Originale nachzulesen. CHIARI.

88) **Schreiber** (Königsberg). **Missbildung des Kehlkopfs.** Krankenvorstellung im Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg. *Berliner klin. Wochenschrift. No. 34. S. 694. 1888.*

An Stelle der Epiglottis ist der Kehlkopfeingang von zwei rundlichen, etwa haselnussgrossen Tumoren bedeckt, die ein derbes Gefüge haben. Nirgends sind an ihnen Verschwärungen bemerkbar. Gegen den Zungengrund laufen sie in eine mehr flächenartige Basis aus, die sich medianwärts zu einer schmalen Leiste vereinigt. Schr. nimmt an, dass es sich um eine congenitale „Doppelbildung" der Epiglottis handele, an welcher es zu einer carcinomatösen (?) Verwandlung gekommen sei. Die Möglichkeit, dass — wie Mikulicz in der Discussion bemerkte — Lues vorliege, will Schr. nicht ausschliessen. B. FRAENKEL.

89) **Strazza** (Monza, Italien). **Zur Lehre über die Entwickelung der Kehlkopfmuskeln.** *Wiener med. Jahrbücher. No. IV. p. 105—116.* Mit 8 Tafeln und 12 mikroscopischen Abbildungen.

Diese sehr fleissige Arbeit stützt sich auf schön ausgeführte Querschnitte von 3 menschlichen Embryonen von 1,2 bis 1,6 Ctm. Länge. Nach einer kurzen Einleitung über die Bildung der Muskulatur überhaupt geht St. zur Beschrei-

bung seiner Querschnitte über und zeigt an denselben, dass, wie schon Ganghofner erwähnt, das Substrat für Kehlkopf, Kehldeckel und Zunge ein gemeinschaftliches ist, nämlich die ventrale Vereinigungsmasse der Kiemenbögen. Auch die Kehlkopfmuskeln entwickeln sich ebenso wie die der Zunge aus diesem Substrate unabhängig von der Stammesmuskulatur. Die erste Anlage zeigt sich als gemeinschaftlicher Circulärmuskel, der dem Constrictor laryngis bei niederen Wirbelthieren entspricht. Durch die Entwicklung des Zwischengewebes werden die einzelnen Muskelbündel gesondert; bei Embryonen bis zu 1,6 Ctm. Länge hat diese Sonderung noch nicht völlig stattgefunden, so dass bei ihnen noch die Kehlkopfmuskulatur einen nahezu geschlossenen Ring darstellt, der von hinten oben nach vorne unten zieht. Doch kann man schon nach dem Faserverlauf bestimmen, welcher Muskel aus jedem Theile dieses Ringes sich entwickeln wird. Ueber Details muss man sich im lesenswerthen Originale unterrichten. CHIARI.

90) **Onodi** (Budapest). **Zur Frage vom N. laryngeus medius.** *Centralblatt für die med. Wissenschaften. 51. 1888.*

Neuere Untersuchungen O.'s über die Innervirung des M. crico-thyreoideus (vom Hunde) haben gezeigt, dass der äussere Zweig des N. laryng. super. und die vom Ramus pharyng. vagi kommenden Communicanten an der Innervation des M. crico-thyr. einen directen Antheil nehmen. SEIFERT.

91) **Benjamin Howard** (London). **Ueber eine neue Methode, die Epiglottis aufzurichten. (On a new method of raising the epiglottis.)** *Brit. Med. Journal. 27. October und 24. November 1888.*

Der Autor, welcher sich seit vielen Jahren mit der Frage der künstlichen Respiration, zumal in Fällen von Ertrinken, Chloroformasphyxie etc. beschäftigt hat, hielt am 22. October 1888 einen neuen, langen Vortrag über diesen Gegenstand vor der Medical Society of London. Er bemühte sich nachzuweisen, dass in der Periode, in welcher die Epiglottis auf die Larynxapertur herabfällt, während die Apnoë sich zur Bewusstlosigkeit vertieft, der beliebte Zug an der Zunge nicht im mindesten die Epiglottis aufzurichten vermag. Andererseits zeigte er mit Hülfe von schematischen Zeichnungen, dass Hintenüberlegen des Kopfes mit Erhebung des Kinns directen Zug auf die Epiglottis ausübe und so die Wiederkehr natürlicher Athmung erleichtere. Er hatte die Frage aufs Gründlichste an gefrorenen Leichen studirt und setzte ihre Wichtigkeit in Fällen von Chloroformnarcose und anderen Formen drohenden Erstickungstodes auseinander. Er empfahl in solchen Fällen, den Kopf des Patienten über den Rand des Tisches herabhängen zu lassen, und, falls nothwendig, selbst forcirte Extension anzuwenden.

An den Vortrag schloss sich in der Sitzung vom 19. November (vgl. B. M. J., 24. November 1888) eine lange und lebhafte Debatte, an der sich die Herren Bryant, Knowsley Thornton, Sansom, Pick, Hewitt, Lennox Browne, Sheild, Stoker und der Präsident (Sir William Mac Cormac) betheiligten, und in der die empfohlene Methode theilweise Anhänger, theilweise Widersacher fand. So machte z. B. Mr. Bryant darauf aufmerksam, dass das blosse Herabfallen der Zunge gegen die hintere Pharynxwand bei der Narkose ein Respirationshinderniss abgeben könne, das durch Vorwärtsziehen der

Zunge gehoben würde. — Dr. Hewitt wollte nicht zugeben, dass die an gefrorenen Leichen erzielten Resultate ohne Weiteres auf den Lebenden anwendbar seien; ausserdem behauptete er, dass die Respirationsstockung bei der Aethernarcose öfters durch einen Krampf hervorgerufen würde, gegen den alle mechanischen Mittel nichts nützten. — Wir können hier nicht die Discussion in extenso reproduciren, empfehlen ihr Studium aber angelegentlich. Schon während ihres Verlaufs wurde die Priorität der Idee für Dr. Foulis (Edinburgh) in Anspruch genommen; nach der Publication erschien eine wahre Sturmfluth von Prioritätsreclamationen, Argumenten pro und Contra in der „Lancet“ und im Brit. Med. Journal (November und December 1888) in der Form von an die Redacteure gerichteten Briefen. Interessenten müssen auf die Originale verwiesen werden.

SEMON.

92) **Voltolini (Breslau). Ueber die Durchleuchtung des Kehlkopfes und anderer Höhlen des menschlichen Körpers.** *Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 47, 48 u. 49. 1888.* Auch veröffentlicht in *Breslauer ärztl. Zeitschrift. No. 22* und *Monatsschrift für Ohrenheilkunde. No. 11. 1888.*

V. bespricht vor der Breslauer med. Section der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur die Vorzüge dieser Methode, die er jetzt mit Hilfe von Glühlämpchen mit Erfolg anwendet. Für den Kehlkopf verwendet er ein Glühlämpchen von 4 Ctm. Durchmesser, dessen Rückenfläche mit Spiegelamalgam belegt ist; vor dem Glühlämpchen befindet sich eine mit kaltem Wasser gefüllte eben so grosse Glaskugel, welche die grosse Erhitzung der Lampe verhindert und zugleich als biconvexe Linse dient. Aehnliche kleinere Lämpchen werden in den Mund und Nasenrachenraum eingeführt. Die früher nur mit Sonnenlicht ausgeführte Durchleuchtung lässt sich also jetzt mit elektrischem Lichte bewerkstelligen. V. hebt die Vorzüge dieser Methode hervor, welche gestattet, sich ein Urtheil über die innere Structur der untersuchten Körpertheile zu bilden und demonstrirt sie an mehreren Kranken und Gesunden; besondere Vortheile bietet sie dann, wenn wegen Enge des Isthmus faucium nur ein kleiner Kehlkopfspiegel eingeführt werden kann und auch dieser von den vergrösserten Mandeln theilweise gedeckt ist.

V. verweist schliesslich auf sein Werk über „die Krankheiten der Nase“ behufs näherer Aufschlüsse.

CHIARI.

93) **Roth (Wien). Ueber Durchleuchtung des Kehlkopfes und der Nase. Demonstration eines neuen Apparates.** Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 14. December 1888. *Wiener klin. Wochenschrift. No. 38. 1888.*

R. verwendet ein von Prof. Reuss in der letzten Sitzung vorgezeigtes Instrument zur Durchleuchtung des Kehlkopfes und der Nase. Reuss nämlich zeigte ein von Leiter nach Angaben Gärtner's gefertigtes Instrument, welches aus einem in einer Metallkapsel eingeschlossenen Glühlämpchen und daran gesetztem 5—7 Ctm. langem Glasstabe besteht (Koch und Wolz in Bonn haben schon früher diese Durchleitung des Lichtes durch einen Glasstab zur Construction einer Mikroscopirlampe benutzt), und demonstrirte damit die Durchleuchtung des Augapfels. Roth nun demonstrirte mit demselben Instrumente in

ein negativer Begriff gegenüber demjenigen des Croup, und kann offenbar verschiedene objective Befunde aufweisen.

Der hier beschriebene Fall hatte das Auffallende, dass er bei dem 11jährigen Knaben gleich nach Aussaugen eines Knochens eingetreten war, während die Untersuchung keinen Fremdkörper, sondern nur intensive Röthung des Kehlkopfeingangs mit ziemlich viel Secret ergab. Er verlief günstig. JONQUIERE.

100) **W. Osler** (Philadelphia). **Hereditäres angioneuretisches Oedem. (Hereditary angioneurotic oedema.)** *International Journal of the Med. Sciences. April 1888.*

O. verfolgte eine Tendenz zu dieser Affection — charakterisirt, wie die Leser dieses Centralblatts wissen, durch eine vorübergehende Schwellung ödematöser Natur an verschiedenen Stellen — durch fünf Generationen.

Zwei Mitglieder dieser Familie starben und zwar der eine ganz sicher, der andere wahrscheinlich an Glottisödem. Leider sind keine Details über diese Fälle vorhanden. P. M'BRIDE.

101) **Germonig** (Triest). **Ueber primäre infectiöse Phlegmone am Larynx.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 36. 1888.*

Eine kräftige Frau erkrankt plötzlich mit Fieber und Schlingschmerzen, bekommt am 4. Tage Pleuritis, am 5. Tage Pericarditis und stirbt am 6. Tage unter septicaemischen Erscheinungen. Die laryngoscopische Untersuchung hatte phlegmonöse Abscesse der Epiglottis und Oedem der aryepiglottischen Falten nachgewiesen. Die Section bestätigte die gleich gestellte Diagnose; leider wurde keine bakteriologische Untersuchung vorgenommen. G. weist darauf hin, dass hier der Rachen ganz frei war und nur der Kehlkopf ergriffen war; doch handelt es sich augenscheinlich um eben dieselbe Erkrankung, die von Senator beschrieben wurde. Nur die Localisation war eine andere. CHIARI.

102) **T. D. Menigan. Erysipel des Larynx; Intubation, Laryngotomie. (Erysipelas of the larynx; intubation, laryngotomy.)** *New-York Medical Record. 6. October 1888.*

Einen Monat, nachdem ein Erysipel vom Gesicht und Schädel geschwunden war, begann Patient über etwas Unbequemlichkeit und Beschwerden beim Schlucken zu klagen. Es zeigte sich zugleich eine leichte Veränderung der Stimme, sie wurde heiser und härter.

Laryngoscopische Untersuchung. Epiglottis sehr geschwollen, intensiv congestionirt und unbeweglich, besonders an der Basis stark geschwollen. Die aryepiglottischen Falten geschwollen, von dunkelrother Farbe, verschlossen beinahe die Oeffnung der Stimmritze. Die Stimmbänder waren nicht zu sehen. Beim Einführen des Spiegels konnte man nur eine momentane Erleuchtung des Larynx erhalten. — Es wurde O'Dwyer's Röhre eingeführt; sie konnte jedoch nicht so placirt werden, dass sie zurückgehalten worden wäre. Daran hinderten sie die enorm geschwollenen aryepiglottischen Falten, so dass sie jedesmal, wenn der Finger vom Kopf entfernt wurde, aufwärts stieg. Da Patient weitere Versuche verweigerte und Erstickung drohte, so entschied man sich für die Laryngo-

tomie, als „letzte Zuflucht". Als nach einigen Tagen die innere Röhre von dem Wärter gereinigt wurde, ergriff der Patient, der sich bis dahin sehr wohl befunden hatte, plötzlich und ohne irgend ein früheres Anzeichen von Geistesstörung das Schild der Aussenröhre, riss sie von ihrer Stelle im Larynx, warf sie auf den Wächter, fiel zurück und war todt, bevor der Arzt gerufen werden konnte. LEFFERTS.

103) **H. Kaarsberg** (Dänemark). **Laryngitis chronica ulcerativa.** *Hospitalstidende. p. 725. 18. Juli 1888.*

Pat., ein 21jähriges Mädchen, ist seit mehreren Monaten heiser, bisweilen aphonisch gewesen. Im Januar wurde der Verf. zu ihr gerufen. Sie war cyanotisch, die Respiration stridulös; gravid im 9. Monat. Diese Suffocationsanfälle hatten sich während der letzten Tage entwickelt. Laryngoscopisch wurden ausser einer bedeutenden Stenosirung der Glottis (?) Ulcerationen auf den Lig. vocalia spuria und in der Schleimhaut der Arytaenoidknorpel gefunden. Tracheotomie. 12 Tage nachher wurde die Pat. mit Canüle entlassen. Die Ulcerationen waren verschwunden. Bei der übrigen objectiven Untersuchung wurde Nichts, das für Syphilis oder Tuberculose sprach, nachgewiesen. (Untersuchung auf Tuberkelbacillen nicht ausgeführt, Ref.) 25. Mai: Larynxschleimhaut etwas hyperämisch, Lig. vocalia spuria geschwollen, infiltrirt, so das die Lig. vocalia vera schwer zu sehen sind. Infiltration der Schleimhaut über den Arytaenoidknorpeln. Gar keine Ulcerationen. Pat. hat mehrere Wochen hindurch Jodkalium ohne nachweisbare Wirkung gebraucht.

Ueber die Natur des Leidens ist der Verf. nicht im Stande, Näheres auszusagen. (Man muss wohl zunächst daran denken, dass es sich um ein tuberculöses Leiden handelt, aber natürlich wäre nur die mikroscopische Untersuchung des Sputums im Stande gewesen, das Räthsel zu lösen. Ref.) SCHMIEGELOW.

104) **A. v. Sokołowski. Die Heilbarkeit der Larynxphthise und ihre locale Behandlung. (O wyleczalnosci i leczeniu miejscowem t. z. suchot krtaniowych.)** *Gazeta lekarska. No. 35. 1888.* — Dieselbe Arbeit erschien unter demselben Titel in dem *Przegl. lekarski. No. 38. Krakau. 1888.*

Da beide Arbeiten trotz einiger Details in der Form sich vollkommen decken, so sollen dieselben hier zusammen besprochen werden.

Verf., noch im März 1886 in Wort und Schrift ein entschiedener Gegner der Heilbarkeit der Larynxphthise, hat sich nun bekehrt und trat in der Naturforscher-Versammlung in Lemberg (1888) mit einem Vortrage auf, dessen Inhalt die oben genannten Arbeiten bringen und in welchen er sich als ein überzeugter Anhänger der neuen Behandlungsmethoden (Krause, Heryng) deklarirt. Er bringt 6 Fälle von spontaner Heilung der Larynxphthise, die von 4 Monate bis 4 Jahren anhielten (1 Fall 4 Monate, 1 Fall 6 Monate, 2 Fälle 4 Jahre, 2 Fälle 2 Jahre) und giebt eine Zusammenstellung von 100 Fällen von Larynxphthise, von denen in 50 Fällen, die nicht local behandelt wurden, nur in 16 pCt. eine Besserung eintrat, während in 84 keine Verbesserung constatirt werden konnte. Mit diesen 50 Fällen vergleicht S. die Resultate, die in anderen 50 Fällen (das Ma-

terial stammte aus seiner Abtheilung im Heiligen-Geist-Hospital) bei Anwendung der localen Behandlung erzielt wurden, und will damit auf 50 Fälle 80 pCt. Besserung erzielt haben. Die locale Behandlung bestand in der Anwendung der Milchsäure, des Curettements und der Galvanocaustik. Das Ausreissen der Granulationen mit einer scharfen Pincette, welches S. als eine besondere Methode bezeichnet, ist vom Ref. seit 2 Jahren geübt und beschrieben vorden. Die von S. empfohlene Anwendung der Galvanocaustik ist fast von Allen, die es versucht, wieder verlassen worden (Gouguenheim). Das Curettement wurde 3 Mal ausgeführt und zwar mit gutem Erfolge; in 8 Fällen wurden nach Schmidt Incisionen vorgenommen, in 3 Fällen ist der Galvanocauter angewandt worden. Die spärliche Casuistik (8 Fälle) der sogen. combinirten Methode ist nur skizzirt, sie soll aber ausführlich binnen Kurzem publicirt werden. Von diesen 8 Fällen hat nur in einem die Beobachtung ein Jahr gedauert, in den übrigen schwankt sie zwischen 5—16 Wochen (im Durchschnitt 2 Monate), ein Zeitraum, der viel zu kurz ist, um richtige Schlüsse über den Werth der Behandlung zu liefern.

S. berichtet zum Schluss, dass die Heilbarkeit der Larynxphthise, obwohl selten, möglich ist, dass die Vernarbung spontan auftritt oder durch locale Behandlung bedingt und durch den allgemeinen Zustand, wie auch durch den Zustand der Lungen influirt wird, ferner, dass die besten Resultate durch das von ihm als combinirte Methode bezeichnete Verfahren (Milchsäure, chirurgische Behandlung, Galvanocaustik) erzielt wurden.

Eine specielle Kritik dieser Arbeit wird Ref. nach Publication der versprochenen ausführlichen Casuistik folgen lassen. HERYNG.

105) **W. Schleicher. Ueber einige Fälle von benigner Larynxtuberculose. (Sur quelques cas bénins de tuberculose laryngée.)** *Annales et Bulletin de la Société de Médecine d'Anvers. Juin 1888.*

Der Autor hat 8 solche Fälle und zwar länger als ein Jahr beobachtet. Die meisten gehörten dem männlichen Geschlechte an. Er kam zu folgenden Schlüssen: Der Verlauf dieser Affection ist intermittirend und essentiell chronisch. Gewöhnlich ist nur ein Stimmband befallen und meistens das rechte! Zuerst ist der „vordere Glottiswinkel" ergriffen, dann kommt die Reihe an die Aryknorpel, die Epiglottis und zuletzt die Mucosa intraarytaenoidea. Bei vorhandener Perichondritis und bedeutenderen Alterationen der Epiglottis hat er nie Heilungen gesehen. BAYER.

106) **D. E. Welsh. Tuberculöse Laryngitis. (Tubercular laryngitis.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 3. November 1888.*

W. meint, dass es Formen catarrhalischer Entzündung giebt, die primär als solche auftreten, jedoch wichtige Factoren für die Entstehung der tuberculösen Laryngitis sind. Die Individuen sind gewöhnlich von scrophulösem Habitus, oder leiden an wiederholten Anfällen von „Erkältung" in Verbindung mit einer bereits geschwächten Gesundheit. Der Larynx wird oft ergriffen, bevor ein Zeichen von Erkrankung in den Lungen vorhanden ist. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

.letzte Zuflucht". Als nach einigen Tagen die innere Röhre von dem inigt wurde, ergriff der Patient, der sich bis dahin sehr wohl be- , plötzlich und ohne irgend ein früheres Anzeichen von Geistes- hild der Aussenröhre, riss sie von ihrer Stelle im Larynx, warf sie er, fiel zurück und war todt, bevor der Arzt gerufen werden

LEFFERTS.

rg (Dänemark). **Laryngitis chronica ulcerativa.** *Hospitalstidende. 1888.*

jähriges Mädchen, ist seit mehreren Monaten heiser, bisweilen Im Januar wurde der Verf. zu ihr gerufen. Sie war cyano- ration stridulös; gravid im 9. Monat. Diese Suffocationsanfälle ährend der letzten Tage entwickelt. Laryngoscopisch wurden ausser Stenosirung der Glottis (?) Ulcerationen auf den Lig. vocalia der Schleimhaut der Arytaenoidknorpel gefunden. Tracheotomie. wurde die Pat. mit Canüle entlassen. Die Ulcerationen waren Bei der übrigen objectiven Untersuchung wurde Nichts, das für Tuberculose sprach, nachgewiesen. (Untersuchung auf Tuberkel- ausgeführt, Ref.) 25. **Mai**: Larynxschleimhaut etwas hyperämisch, spuria geschwollen, infiltrirt, so das die Lig. vocalia vera schwer zu infiltration der Schleimhaut über den Arytaenoidknorpeln. Gar keine Pat. hat mehrere Wochen hindurch Jodkalium ohne nachweisbare gebraucht.

über die Natur des Leidens ist der Verf. nicht im Stande, Näheres aus- Man muss wohl zunächst daran denken, dass es sich um ein tubercu- leiden handelt, aber natürlich wäre nur die mikroscopische Untersuchung im Stande gewesen, das Räthsel zu lösen. Ref.)

SCHMIEGELOW.

v. Sokolowski. **Die Heilbarkeit der Larynxphthise und ihre locale Behandlung. (O wyleczalnosci i leczeniu miejscowem t. z. suchot krtaniowych.)** *lekarska. No. 35. 1888.* — Dieselbe Arbeit erschien unter demselben Titel *Przegl. lekarski. No. 38. Krakau. 1888.*

beide Arbeiten trotz einiger Details in der Form sich vollkommen decken, dieselben hier zusammen besprochen werden.

Verf., noch im März 1886 in Wort und Schrift ein entschiedener Gegner Heilbarkeit der Larynxphthise, hat sich nun bekehrt und trat in der Natur- Versammlung in Lemberg (1888) mit einem Vortrage auf, dessen Inhalt genannten Arbeiten bringen und in welchen er sich als ein überzeugter der neuen Behandlungsmethoden (Krause, Heryng) deklarirt. Er Fälle von spontaner Heilung der Larynxphthise, die von 4 Monate bis anhielten (1 Fall 4 Monate, 1 Fall 6 Monate, 2 Fälle 4 Jahre, 2 Fälle und giebt eine Zusammenstellung von 100 Fällen von Larynxphthise, in 50 Fällen, die nicht local behandelt wurden, nur in 16 pCt. rung eintrat, während in 84 keine Verbesserung constatirt werden konnte. vergleicht S. die Resultate, die in anderen 50 Fällen (das Ma-

[illegible] der Ulcerationen mit infiltrirtem Grunde oder den an der hinteren Larynxwand befindlichen phthisischen Tumoren.

Von den medicamentösen localen Behandlungsmethoden greift R. in ausführlicher Besprechung die Berieselung mit 20 proc. öliger Mentholösung heraus. Die 37 nach dieser Methode behandelten Fälle sind in einer Tabelle zusammengestellt. Von diesen sind 8 als wirklich geheilt zu betrachten, d. h. die Ulcerationen sind vernarbt und etwaige subjective Beschwerden ganz geschwunden. Die Dauer der Behandlung variirte von 4 Wochen bis 4 Monaten. Zur Behandlung der gewöhnlichen Lungentuberculose empfiehlt R. Inhalationen von Menthol, die mittelst eines sehr einfachen, von ihm construirten Inhalationsapparates ausgeführt werden sollen.

SEIFERT.

11) **Streit. Beiträge zur Behandlung der Kehlkopf-Phthise. Inaugural-Dissert.** Würzburg. 1888.

Str. berichtet über 4 Fälle von Kehlkopftuberculose aus der Praxis des Referenten, bei welchen die Behandlung vorwiegend mit Menthol geleitet wurde. In 3 dieser Fälle war der Erfolg ein sehr befriedigender, in einem 4. Fall jedoch wurden die Mentholeinspritzungen nicht vertragen. Einer der Patienten wurde soweit gebessert, dass er seiner Arbeit als Maschinenheizer wieder nachgehen konnte.

SEIFERT.

12) **W. Oltuszewski** (Warschau). **Ein Beitrag zur Diagnose und Therapie der Larynxsyphilis. (Przyczynek do rozpoznawania i leczenia przymiotu krtani.)** ([illegible] No. 46. 1888.)

Ein grösseres Beobachtungsmaterial, theils gesammelt in seiner Privatpraxis, theils auch aus der Abtheilung des Referenten, gab dem Verf. Anlass zu einer durch casuistische Mittheilungen erläuterten Arbeit über Larynxsyphilis, deren Ergebnisse sich in folgenden Sätzen ausdrücken lassen:

1. Breite Condylome kommen bei Larynxsyphilis vor, ebenso auf der hinteren Larynxwand, wie auch auf den wahren Stimmbändern, seltener auf der Epiglottis.
2. Die häufigsten syphilitischen Larynxaffectionen sind das Product der specifischen Entzündung, die anatomisch durch die kleinzellige Infiltration charakterisirt wird, klinisch als syphilitische Infiltration oder chronische Entzündung etc. bezeichnet wurde.
3. Eine Unterscheidung zwischen secundärer und tertiärer Larynxsyphilis lässt sich in der Praxis nicht immer stricte durchführen und giebt zu Missverständnissen Anlass.
4. Eine locale Cur der specifischen Affection darf nicht vernachlässigt werden, und ist manchmal ebenso wichtig, wie die allgemeine Behandlung.

In der Arbeit werden folgende Erkrankungen ausführlicher besprochen: Die breiten Condylome des Larynx, die syphilitische Infiltration mit ihren Consequenzen, die syphilitischen Geschwüre, die Narbenbildung, die syphilitische Entzündung der Cricoarytaenoidalgelenke, die Perichondritis laryngea, die Larynx-
[illegible]

Bei Besprechung der syphilitischen Larynxgeschwüre legt Verf. einen gewissen Nachdruck auf ihre gerötheten Ränder, ein Symptom, das sich dem Ref. in vielen Fällen als diagnostisch unsicher erwiesen. T. HERYNG.

113) **Dereine. Acute specifische Laryngitis mit Aphonie. (Laryngite aiguë spécifique avec aphonie.)** *Archives Médicales Belges. October 1888.*

Das Unterlassen der laryngoscopischen Untersuchung wird damit entschuldigt, dass die Digitaluntersuchung wegen zu grosser Sensibilität unmöglich gewesen sei. „Der Contact des den Larynx abtastenden Fingers, ja eine einfache Pulverisation mit dem Richardson'schen Apparat habe einen Krampfhustenanfall zur Folge gehabt, der eine Cyanose des Gesichts wie bei der Asphyxie bedingt habe. Das sage genug, um an eine laryngoscopische Untersuchung nicht denken zu lassen." Die weiteren Vermuthungen über den pathologischen Zustand des Kehlkopfs sind demgemäss rein hypothetischer Natur Glücklicherweise kam Patient — Dank einer antiseptischen Behandlung — mit heiler Haut davon. BAYER.

114) **Darier (Paris). Syphilis des Larynx. (Larynx syphilitique.)** *Soc. d'anatomie de Paris. 29. Juni 1888.*

Es handelt sich um eine tuberculöse Affection bei einem Syphilitischen, der an den Stimmbändern Erscheinungen dieser Diathese gehabt hatte.

E. J. MOURE.

115) **Schleicher. Vorstellung zweier Patienten; syphilitischer Tumor und Krebs des Larynx. (Présentation de deux malades; tumeur spécifique et cancer du larynx.)** *Annales et Bulletin de la Société de Méd. d'Anvers. Sept. 1888.*

Der Autor ergänzt die Vorstellung der beiden Patienten mit einigen erläuternden Bemerkungen. BAYER.

116) **J. Solis Cohen. Syphilis des Larynx, der Trachea und Bronchien. (Syphilis of the larynx, trachea and bronchi.)** *New-York Med. Journal. 6. Oct. 1888.*

Eine sorgfältige und ausführliche Arbeit, geschrieben in dem, bei diesem Autor wohlbekannten klaren und logischen Stil. Sie enthält vielleicht nichts absolut Neues, ist jedoch werthvoll, weil sie eine sehr vollständige Uebersicht und Besprechung dieses Gegenstandes bringt, sowohl vom Standpunkt der neueren Erfahrung als auch von dem der Literatur. LEFFERTS.

117) **Burgess. Ein Fall von Lupus des Larynx. (A case of lupus of the larynx.)** *Lancet. 10. November 1888.*

Kurze Beschreibung eines in der Sheffield Medico Chirurgical Society vorgestellten Falles. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

118) **Dreckmann (Vienenburg). Ueber Heilung der Lepra.** 61. Versammel. deutscher Naturforscher und Aerzte zu Köln vom 17. bis 28. September 1888.

In der Discussion über diesen Vortrag wird nach der Behandlung der Knoten im Larynx gefragt; diese seien nicht local behandelt worden, sondern unter der allgemeinen Behandlung (mit Ichthyol) geschwunden. SEIFERT.



119) **R. T. Caesar** (Wellington). **Blutegel in den Luftwegen. (Leeches in the air passages.)** *Brit. Med. Journal. 28. Juli 1888.*

C. berichtet den Fall eines Seesoldaten, der mit dem Wasser aus einem stehenden Pfuhl zwei Blutegel verschluckt hatte. Es erfolgte eine starke Haemoptoë, bis zu $^1/_2$ Liter an einem Tage. Nach 13 Tagen wurde ein Blutegel aus seiner Nase und ein anderer aus seinem Mund extrahirt. A. E. GARROD.

120) **Berger. Einkeilung einer Stecknadel im Vestibulum des Larynx, Extraction per vias naturales. (Epingle implantée dans le vestibule du larynx, extraction par les voies naturelles.)** *France méd. 8. Juli 1888.*

Es handelt sich um ein junges Mädchen, das eine Nadel verschluckt hatte. Die Diagnose wurde mit dem Finger gestellt; der Sitz wurde auch nicht sogleich erkannt und die Extraction war mühsam. E. J. MOURE.

121) **P. R. Dillon. Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign bodies in the air-passages.)** *Dublin Journal of Med. Science. October 1888.*

Es wird nur mitgetheilt, dass diese Arbeit in der Royal Academy of Medicine verlesen wurde; es wird jedoch kein Auszug gegeben. Es ist daher zwecklos, einen Abriss der Discussion zu geben, an welcher verschiedene Herren theilnahmen. M'BRIDE.

122) **Ström** (Christiania). **Corpus alienum laryngis.** *Forhandlinger i det norske medicinske Selskab. p. 149. 1888.*

Die Krankengeschichte ist sehr interessant. Es handelte sich um ein 3 Jahre altes Kind, das früher einen Tag von Krämpfen gelitten hatte. Am 4. August bekam das Kind während es Kirschen ass, einen starken Anfall von Husten mit Erstickungssymptomen. Der Anfall wiederholte sich mehrmals an demselben und den folgenden Tagen. Am 24. August Krämpfe, die den ganzen Tag dauerten. Am 25. August sah der Verf. das Kind, das ohne Bewusstsein und in Krämpfen zu ihm gebracht wurde. Die Krämpfe kamen plötzlich mit vollständig freien Intervallen und dauerten eine Stunde. In dieser Weise, mit Krämpfen und freien Intervallen abwechselnd, verliefen die folgenden Tage. — Erst am 27. August hatte der Verf. Gelegenheit, einem charakteristischen Suffocationsanfall beizuwohnen. Er machte an demselben Tage die Cricotomie. In der Trachea wurde ein Kirschstein gefunden und mittelst einer Kornzange entfernt. Nach diesem Eingriffe hörten die Krämpfe während 4 Stunden auf, dann fingen sie wieder an, zuerst in der rechten Kopfseite und dem rechten Arm, nahmen langsam in Stärke zu und gingen den folgenden Tag auf die linke Seite über. Bewusstlosigkeit immer vorhanden. Die Respiration war frei. In diesem Zustande trat der Tod am 3. Tage nach der Operation ein. — Der Verf. fasst den Zustand als einen Reflexkrampf von der Trachealschleimhaut aus ausgelöst auf und sieht die früheren Convulsionen als einen Beweis für eine besonders starke Reflexirritabilität bei diesem Kinde an. SCHMIEGELOW.

123) **Charles Hawkins** (London). **Fremdkörper in der Trachea. (Foreign bodies in the trachea.)** *Lancet. 26. Mai 1888.*

Der Artikel soll den Bericht von Sir Benjamin Brodie vervollständigen,

welchen H. in der Discussion über den Fall von Cheadle und Thomas Smith in der Medico-Chirurgical Society über einen von ihm beobachteten Fall geliefert hatte. Der von Brodie citirte Fall findet sich in den Medico-Chirurgical Transactions vom Jahre 1843. A. E. GARROD.

124) **J. Sedziak** (Warschau). **Ein Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper in der Luftröhre. (Przyczynnek do kazuistyki ciat obcych w tchawicy.)** *Gazeta lekarska. No. 40. 1888.*

Ein 14jähr. Knabe wurde in die Abtheilung des Dr. v. Sokolowski wegen Dyspnoe und Stridor am 11. Mai 1888 aufgenommen und gab an, vor 3 Monaten einen Kürbiskern verschluckt zu haben. Die Untersuchung zeigte unter den Stimmbändern einen im hinteren Abschnitt eingekeilten, weisslich-grauen Körper, dessen Extraction endolaryngeal von S. versucht wurde, doch ohne Erfolg. Tracheotomie. Entfernung des Fremdkörpers durch Prof. Kosinski. Eine Zusammenstellung der in Polen publicirten Fälle vom Fremdkörper in den Luftwegen, nebst einigen allgemeinen Bemerkungen über Aetiologie, Symptome und operative Behandlung beschliessen die Arbeit. HERYNG.

125) **Szontagh** (Pest). **Ein Fremdkörper in der Luftröhre.** *Med. med. chir. Presse. No. 46. 1888.*

Ein Kern wurde in die Luftröhre aspirirt und erregte bei der Kranken (einem 8jährigen Mädchen) heftige Hustenanfälle mit stridurösem Geräusche und Erstickungsgefühl. Am 17. Tage wurde die Tracheotomie vorgenommen und am nächsten der Kern ausgehustet. Nach einer leichten Lungenentzündung erfolgte Heilung. CHIARI.

126) **Walter J. Kilner. Fremdkörper im rechten Bronchus. (Foreign body in right bronchus.)** *Lancet. 23. Juni 1888.*

Ein 10jähriges Mädchen hatte in seinem rechten Bronchus eine Gewürznelke eingekeilt, die daselbst 296 Tage fest sass und schliesslich ausgehustet wurde. Die Impaction führte zu einer Lungenentzündung, die anfänglich sehr beschränkt war, dann aber sich sehr schnell ausbreitete. Einige Fragmente der Nelke wurden früher ausgehustet und ihre Structur mikroscopisch festgestellt. Auf diese Weise wurde die Diagnose bestätigt. A. E. GARROD.

127) **Gregory Ackermann. Samen einer Wassermelone im rechten Bronchus. Operation durch Tracheotomie. Heilung. (Watermelon seed in the right bronchus. Operation, tracheotomy. Recovery.)** *Philadelphia Medical News. 10. November 1888.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

128) **Kingston Fowler** (London). **Fälle von Aortenstenose mit Trachealgeräuschen. (Cases of aortic stenosis with tracheal murmurs.)** *British Medical Journal. 22. December 1888.*

F. demonstrirte vor der Med. Society of London am 17. Dezember 1888 zwei an Aortenstenose leidende Männer, bei denen über der Trachea ein eigenthümliches, keuchendes Geräusch hörbar war. Seine Erklärung, nämlich, dass das-

selbe die Folge der Compression der Lunge durch den hypertrophischen linken Ventrikel während dessen Contraction sei, wurde von Biss, Hadden und Ormerod angefochten. SEMON.

129) **Krumbholz** (Jena). **Zur Diagnose der Bronchialdrüsentuberculose.** *Correspondenz-Blätter des allgem. ärztl. Vereins von Thüringen. 12. 1888.*

Ein sechsjähriger Knabe, der früher an Lungenentzündung erkrankt war und 3 Mal Haemoptoe gehabt hatte, erkrankte unter den Erscheinungen einer Trachealstenose. Percutorisch war am Thorax nichts Abnormes zu finden, der Larynx normal.

Bei der Section fand sich die Trachea dicht über der Bifurcationsstelle der Lunge noch ulcerirt am Abgang des rechten Bronchus, dessen vordere Wand durchbrochen von einer 1 Ctm. im Durchmesser haltenden Oeffnung, durch welche ein zäher, graugelber Käsepfropf in das Lumen hineinragte, die Drüse an der Trachealbifurcation vergrössert, verkäst.

Die schliessliche Todesursache hatte eine in die Stimmritze gelangte Käsemasse gebildet. SEIFERT.

130) **Ziffer** (Gleichenberg). **Tuberculose und Syphilis der Lunge nebst Reflexionen über Mischinfectionen.** *Internat. klin. Rundschau. No. 31 u. 32. 1888.*

Z. berichtet zunächst über einen Mann, der seit 11 Jahren an Bronchialcatarrh mit oft sich einstellender Athemnoth und reichlichem Auswurfe litt; ausserdem kamen häufig Schmerzen im Kreuze und in den unteren Extremitäten vor. Die Untersuchung ergab chronischen Catarrh des Rachens, Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien; im Auswurf fanden sich zahlreiche Tuberkelbacillen. Da sich trotz sorgfältigen Curgebrauches keine Besserung einstellte, so liess Z. eine Schmiercur vornehmen, weil der Patient vor 17 Jahren ein angeblich weiches Ulcus am Penis gehabt hatte. Nach einem Monate hatte der Catarrh fast aufgehört und war allgemeine Kräftigung eingetreten. Z. legt bei der Diagnose der Syphilis der Lungen besonderen Werth auf gleichzeitige Neurosen und hat Quecksilbereinreibungen bei Lungensyphilis immer wirksamer als Jodkali gefunden. Seine Reflexionen über Mischinfectionen bewegen sich in der Richtung, dass die Invasion verschiedener Bakterien für den Körper nicht immer ungünstig sein müsse, sondern dass verschiedene Formen der Bakterien sich gegenseitig schwächen können, wofür er interessante Beispiele anführt. CHIARI.

131) **Gottstein. Erwiderung an Herrn Dr. Brockmann.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 8. 1888.*

Auf die Warnung Brockmann's (vgl. Centralbl. V, S. 323) beim Gebrauche der Gottstein'schen Zangen erwidert Gottstein, dass die von ihm construirten Zangen eine Belastung von 4,5 Kilogramm ertragen, ohne dass die Instrumente irgendwie Schaden nehmen. Wenn Brockmann mit der Gottstein'schen Zange Missgeschick hatte, so dürfte der Grund dazu mehr anderswo, wie z. B. in der Rostbildung, als in der Construction des Instrumentes zu suchen sein.

SCHECH.

132) **L. Grünwald** (München). **Eine neue Doppelelectrode für den Kehlkopf mit Stromunterbrechung und Stromwendung.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 35. 1888.*

Grünwald construirte, um die mannichfachen Unbequemlichkeiten der bisher gebräuchlichen Doppelelectroden zu vermeiden, eine neue sehr sinnreiche Larynxelectrode. Das Ende der Electrode, d. h. die Stelle, welche auf dem Larynx applicirt wird, besteht aus zwei nur durch eine Elfenbeinplatte von einander getrennten kleinen Knöpfen, die gegen den Griff der Electrode in durch Gummi isolirte Stäbe auslaufen. Am Griffe befindet sich ein Hebel, an dem die charakteristischen Veränderungen angebracht sind. Drückt man den Hebel leicht nieder, dann tritt der Strom über, drückt man den Hebel halb nieder, so findet kein Uebertritt des Stromes statt; drückt man den Hebel ganz nieder, dann tritt Stromwechsel ein. Die Details müssen an der Zeichnung des Originalartikels nachgesehen werden. Die Electrode kostet 20 Mark und ist bei Katsch, Instrumentenfabrikant in München zu haben. SCHECH.

f. Schilddrüse.

133) **Rendu** (Paris). **Ein Fall von acuter Entzündung der Aorta, mit Jodkalium geheilt. — Basedow'sche Krankheit in Folge von Jodismus. (Un cas d'aortite aigue guéri par l'Jodure de Potassium. Goître exophthalmique de cause jodique.)** *Revue génér. de chir. et thérap. No. 23. 7. Juni 1888.*

Verf. berichtet ausführlich die Beobachtung einer jungen, chlorotischen Dame gichtischer Anlage, welche von einer acuten Entzündung der Aorta mit Dilatation des Arcus aortae und Klappeninsufficienz befallen wurde. Unter dem Gebrauch von Jodkali (2 g pro die) und Revulsivis sah man in 15 Tagen die Phänomene der Angina pectoris schwinden. Aber am Ende von zwei Monaten weiteren Jodgebrauchs nahmen, in demselben Masse, wie die Symptome der Aorten-affection schwanden, die der Basedow'schen Krankheit zu: wie Tachycardie, vasomotorische und thermische Phänomene und Exophthalmos.

Es ist nicht zweifelhaft, meint der Autor, dass die Jodbehandlung diese Neurose herbeigeführt hat. Die Symptome des latenten Jodismus zu kennen, ist sehr wichtig, da sie viel dauerhafter als die des acuten sind. — Bei dieser Dame war die Anaemie offenbar der wichtigste Factor, der das Nervensystem prädisponirte, leichter als gewöhnlich dem Einfluss der Behandlung zu unterliegen.

E. J. MOURE.

134) **Stiller** (Pest). **Zur Therapie des Morbus Basedowii.** *Internat. klin. Rundschau. No. 31. 1888.*

In 2 Fällen von sehr starker Herzerweiterung mit enormen Stauungserscheinungen, Anasarca, Hydrops aller Körperhöhlen sowie Albuminurie in Folge von langedauerndem M. B. brachte der längere Aufenthalt in hochgelegenen Curorten als Schmeks (1018 m), Junichen (1500 m) fast völlige Heilung wenigstens für viele Monate. St. räth zu ähnlichen Versuchen. CHIARI.

135) **Pelzer** (Mühlheim a. Rh.). **Ein Fall von Morbus Basedowii durch Electricität geheilt.** *Therapeut. Monatsschrift. October 1888.*

Heilung eines chron. Morb. Basedowii bei einer 42jährigen Frau durch den constanten Strom. SEIFERT.

136) **X. Basedow'sche Krankheit und Kropf mit Exophthalmos. (Maladie de Basedow et goître exophthalmique.)** *Paris méd. 28. April 1888.*

Besprechung einer These von St. Marie über diesen Gegenstand (vide Centralblatt 1887). E. J. MOURE.

137) **D. R. Brown. Basedow'sche Krankheit, behandelt mit Tinct. strophanti. (Exophthalmic goitre and its treatment by tincture of strophantus.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 3. November 1888.*

Alle drei Fälle wurden günstig von dem Mittel beeinflusst. Es wurden alle 6 Stunden 2 Tropfen der Tinctur gegeben und bis auf 10 Tropfen gestiegen. Daneben wurden Tonica angewandt und der Halssympathicus elektrisirt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

138) **Braun** (Jena). **Fall von Myxoedem.** *Correspondenzblatt des ärztl. Vereins von Thüringen. 2. 1888.*

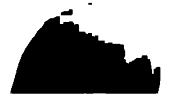
B. stellt eine Frau vor mit beginnendem Myxoedem an Stirne und Wangen [? Red.]; Nase, Zunge, Gaumen und die oberen Extremitäten sind noch nicht ergriffen. SEIFERT.

139) **H. Hun** und **T. M. Prudden. Myxoedem. (Myxoedema.)** *Intern. Journal of the Med. Sciences. Juli 1888.*

Diese Arbeit ist von grossem Werth. Es werden in ihr darin vier Fälle von Myxoedem mit grosser klinischer Exactheit beschrieben. Zwei Kranke starben, und es wird über diese Fälle ein sorgfältiger Obductionsbericht gegeben. Hieraus erklärt es sich zur Genüge, dass man einer solchen Arbeit durch einen Auszug nicht gerecht werden kann. Bei dreien dieser Fälle zeigte die laryngoscopische Untersuchung eine Schwellung der Schleimhaut, Verdickung der Stimmbänder und mangelhafte Annäherung. Die Pharynxschleimhaut erschien im Allgemeinen blass, bisweilen zeigte sie Borken und zeitweilig war sie geschwollen. Die Zunge war in den ersten drei Fällen gleichfalls geschwollen. In der Schilddrüse zeigte sich in zwei Fällen nach dem Tode reichliches interstitielles Bindegewebe und eine bedeutende Atrophie des Parenchyms. Daneben Neubildung von Lymphgewebe, sowohl in einzelnen Knoten als auch rings um die atrophischen Lappen. M'BRIDE.

140) **H. Hun** und **T. M. Prudden. Myxoedem** (zweiter Artikel). **(Myxoedema** [second paper].) *International Journal of Med. Sciences. August 1888.*

Eine kritische Besprechung der vier im vorstehenden Referate bekannt gegebenen Fällen nebst Vergleich derselben mit 150 anderen veröffentlichten Fällen, welche von den Autoren analysirt wurden. M'BRIDE.



141) **W. Makeig Jones** (Sheffield). **Myxoedem. (Myxoedema.)** Sitzung d. Sheffield Medico-Chirurgical Society. *Lancet. 10. März 1888.*

Nichts Neues. Vorstellung eines Falles. A. E. GARROD.

142) **Mosler** (Greifswald). **Ueber Myxoedem.** Vortrag in der Versammlung der Aerzte des Regierungsbezirkes Stralsund zu Greifswald am 29. April 1888. *Wiener med. Blätter. No. 29 u. 30. 1888.*

M. erwähnt zunächst eines Falles dieser Erkrankung, den er 1855 in Giessen beobachtete. Es handelte sich um ein 19jähriges Mädchen, welches nach übermässig langem Gebrauche von Jodsalbe nebst Verschorfung der Haut auch völligen Schwund der Schilddrüse erlitten hatte. Sie starb 6 Monate später an Cachexie, nachdem sich früher Oedeme an den verschiedensten Körpertheilen entwickelt hatten. M. erkannte damals den Process nicht. Einen zweiten Fall beobachtete er 1887 in Greifswald. Hier hatte die Erkrankung, angeblich in Folge kalter Flussbäder, vor 6 Jahren allmälig begonnen und zu Anschwellungen fast der ganzen Körperoberfläche, Gedächtnissschwäche, Erschwerung des Sprechens, Apathie, Behinderung des Gehens geführt. M. hebt besonders die grosse Empfindlichkeit der angeschwollenen, porcellanartig aussehenden Haut hervor, die Virchow's Ansicht von dem irritativen Charakter der Krankheit bestätigt. Uvula, Gaumen und Rachen sind gewulstet, ebenso die Kehlkopfschleimhaut. Von der Schilddrüse wird nichts berichtet. Die Therapie blieb ohne Einfluss. M. zeigte Photographien der Kranken vor 6 Jahren und jetzt. Der Fall soll in Virchow's Archiv beschrieben werden. CHIARI.

143) **R. L. Routh** (Banbury). **Hämorrhagie als Begleitsymptom von Myxoedem. (Haemorrhage as a symptom attending myxoedema.)** *Lancet 4. Februar 1888.*

R. erwähnt einen Fall, in welchem schwere Hämoptyse im Verlauf eines Myxoedems auftrat. A. E. GARROD.

144) **Turner** (London). **Sporadischer Cretinismus. (Sporadic cretinism.)** *Brit. Med. Journal. 24. November 1888.*

Demonstration eines 13jährigen, typischen Cretins mit charakteristischen Fettgeschwülsten am Halse und Mangel der Schilddrüse, am 14. November 1888 vor der Hunterian Society. SEMON.

g. Oesophagus.

145) **Mekus** (Halle). **Eine seltene Missbildung.** *Centralblatt für Gynäkologie. 42. 1888.*

Ein wenig entwickeltes Kind kam asphyctisch zur Welt, lebte nur 8 Tage. Die Section ergab Atresia oesophagi etwa in der Mitte, divertikelartige Dilatation des oberen in den Rachen übergehenden Abschnittes, Einmündung des unteren, mit dem Magen im Zusammenhange stehenden Abschnittes in die Luftröhre. Bronchopneumonie, Bronchitis. SEIFERT.



146) **Charles Steele** (Clifton). **Ein Fall von mangelhaftem Oesophagus. (Case of dificient oesophagus.)** *Lancet. 20. October 1888.*

Der Fall betraf ein Kind von 24 Stunden, welches kurze Zeit, nachdem es Nahrung genommen hatte, sehr livid wurde, Athemnoth hatte und darauf die Nahrung wiedergab. Es wurde eine Sonde eingeführt, die in 15 Ctm. Entfernung stecken blieb. Man stellte die Diagnose auf ein membranöses Septum oder blinde Endigung des Oesophagus. Das Kind wurde des Nachts per rectum ernährt und am folgenden Tage der Magen durch die Bauchwand eröffnet. Man führte sodann ein Bougie in den Oesophagus abwärts und eins vom Magen aus aufwärts; sie näherten sich jedoch nur auf etwa $4^1/_2$ Ctm. Ein Versuch, ein kleines Instrument aufwärts zu führen, versagte gleichfalls. Man gab daher den Versuch auf und nähte die Magen- sowie die Bauchwunde wieder zu. Das Kind starb nach 24 Stunden, und es fand sich, dass der Oesophagus auf ca. $4^1/_2$ Ctm. unterbrochen war, indem er auf beiden Seiten blindsackförmig endete. Die sondirten Partien erschienen ganz gesund. S. ist der Ansicht, dass, wenn ein membranöser Verschluss bestanden hätte, die Operation einen ziemlich günstigen Erfolg gehabt hätte.
A. E. GARROD.

147) **Girode. Varicen des Oesophagus. (Varices oesophagiennes.)** *Société anat. 27. April 1888.*

G. hat in diesen Fällen Blutbrechen und in einem Falle eine Herzaffection beobachtet. Er zeigt Präparate des Oesophagus und des Herzens.
E. J. MOURE.

148) **Chavanés. Einfaches Geschwür des Oesophagus; Durchbruch in die Trachea. (Ulcère simple de l'oesophage; ouverture dans la trachée.)** *La Loire méd. 15. März 1888.*

Der Titel zeigt, um was es sich handelt. Verf. vergleicht das Oesophagusgeschwür mit dem Mal perforant.
E. J. MOURE.

149) **Csolnoky** (Veszprém, Ungarn). **Ein seltener Fall einer Stichwunde.** *Pester med. chirurg. Presse. No. 38. 1888.*

Ein Dolch drang von der linken Achselhöhle durch die linke Lunge und nahe dem Hilus derselben in den Oesophagus. Der Verletzte starb 48 Tage nach der Verwundung an jauchiger Mediastinitis und Pneumonie. Im Wundcanale fand sich ein 16 Ctm. langes Dolchstück.
CHIARI.

150) **S. Balujew** (Moskau). **Zur Casuistik der Fremdkörper in der Speiseröhre und die Oesophagotomiae externae. (K kasuistike inorodnich tel pischewoda i oesophagiae externae.)** *Med. obosr. No. 15. 1888.*

1. Eine 43 Jahre alte Frau hatte eine Stenose im oberen Theile des Oesophagus und einen Fistelgang an der vorderen Halsgegend. Beides entstand vor etwa 4 Jahren, nachdem ihr ein Stück Fleisch im Halse stecken geblieben war. Nach Spaltung des Fistelganges findet man hart am Oesophagus mehrere Knochensplitter; einer war 2 Ctm. lang. Heilung. Verf. glaubt, die Knochensplitter seien vor 4 Jahren verschluckt worden, hätten den Oesophagus perforirt.

dann einen Abscess verursacht und nach dessen Eröffnung die Eiterung unterhalten.

2. Extraction eines runden Knochenstückes von 7 Ctm. im Umfange aus dem Oesophagus per Oesophagotomiam ext. Heilung.

3. Extraction einer Zahnplatte aus dem Oesoph. per Oesophagot. ext. Am 10. Tage Tod. Section: Geschwüre im Oesophagus, eitrige Entzündung des Mediastin. post. Die Zahnplatte hatte 3 Tage im Oesophagus gelegen.

In allen 3 Fällen litten die Patienten an Kröpfen, und Verf. meint, die hypertrophische Schilddrüse gebe häufig die Ursache ab, dass Fremdkörper im oberen Theile des Oesophagus stecken bleiben. LUNIN.

151) **H. Martin D'oyle** (London). **Viermonatliches Verweilen einer Münze im Oesophagus. (A coin retained in the oesophagus 4 months.)** *Lancet. 10. Nov. 1888.*

Ein allgemeiner Bericht ohne besonders interessante Punkte.

R. MACKENZIE JOHNSTON.

152) **H. H. Clutton** (London). **Ein Fall von Oesophagotomie wegen Einklemmung einer künstlichen Zahnplatte. Heilung. (A case of oesophagotomy for an impacted artificial tooth plate. Recovery.)** *Lancet. 7. Juli 1888.*

Patientin, eine Frau von 39 Jahren, hat eine Kautschukplatte verschluckt, die einen inneren Schneidezahn trug. Da es unmöglich war, das Hinderniss, welches das Schlucken fester Nahrung ganz verhinderte, zu entfernen, so wurde die Oesophagotomie gemacht. Operation und Nachbehandlung werden beschrieben. Patientin verliess 18 Tage nach ihrer Aufnahme das Krankenhaus ganz gesund. A. E. GARROD.

153) **J. F. Hofheimer. Bericht über einen Fall, bei dem die Spitze eines Inhalationsapparats in den Hals eines Patienten hinabgestossen und verschluckt wurde, um schliesslich durch das Rectum abzugehen. (Report of a case, in which an atomizer tip was forced down a patient's throat, dislodged and swallowed and finally passed per rectum.)** *New-York Med. Record. XXXIV. 3. 1888.*

Der Fall zeigt, wie wichtig es ist, dass die Spitzen in das Rohr der Inhalationsapparate eingeschraubt werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

154) **L. A. Stimson. Oesophagotomie. (Oesophagotomy.)** *New-York Medical Journal. XLVII. 26.*

Bericht über einen Fall, in welchem Verf. eine mit knöchernem Griff versehene Zahnbürste bei einem Patienten entfernte, welcher sie in selbstmörderischer Absicht verschluckt hatte. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

IV. Kritiken und Besprechungen.

a) Bericht über die Société Française de Laryngologie.

Sitzung vom 26. April 1886.

Dr. Boucheron, Präsident. E. J. Moure und Schiffers, Vice-Präsidenten.

Nach dem officiellen, in der Revue mensuelle de laryngologie, No. 6 u. 7, 1888 veröffentlichten Bericht[1]).

Ozaena und ihre Behandlung.

Die auf die Tagesordnung der Sitzung gestellte Frage wurde von Moure durch eine Arbeit über diesen Gegenstand eingeleitet, in welcher er zunächst die Theorien von Zaufal, Fränkel, Gottstein, Michel, Krause, Loewenberg, Bresgen, Masseï etc. auseinandersetzt, die theils die Bildung, theils die Retention oder Zersetzung der Secrete und besonders den in Folge dessen entstehenden charakteristischen Gestank erklären sollen. Keine dieser zu exclusiven Theorien genügt dem Referenten. Er meint vielmehr, dass durch das Zusammentreffen der meisten unter ihnen das Uebel entstehe. Die Entzündung der Drüsen der Nasenhöhlen, oder selbst der die Sinus bekleidenden Schleimhaut erklärt in gewissen Fällen die Hypersecretion, die Schwellung der Höhle und die Retention des Secrets; die Existenz eines Pilzfermentes (Diplococcus oder ein anderer) seine Zersetzung und seinen ekelerregenden Geruch. Es ist das eine eklektische Theorie.

Die Behandlung des Verfassers besteht in reichlichen, zuerst reinigenden Waschungen, auf welche dann antiseptische Sprays und Bestäubungen folgen, wofür er einige Formeln giebt. Es scheint ihm, kein Mittel einen Vorzug vor dem anderen zu haben. Nur von der Länge der Behandlung und der aufgewandten Mühe kann man Heilung erwarten, welche man auch in den meisten Fällen erzielt.

In der Discussion unterstützt Chatellier die Theorie von Moure und zeigt mikroscopische Schnitte der Nasenmuscheln eines Patienten, welcher an Ozaena gelitten hatte. Er fand Eiter in den Nebenhöhlen der Nase.

Noquet unterstützt gleichfalls das Verfahren des Referenten und versichert, dass die atrophische Schleimhaut sich regeneriren könne.

Coupard empfiehlt die Jodoformgaze an Stelle der Wattetampons.

Ruault rühmt das Naphtol und giebt Formeln an, um eine Emulsion herzustellen.

Gouguenheim, Charazac und Baratoux unterscheiden die fötide Rhinitis von der Ozaena, und Letzterer erklärt ferner, dass er die Mikrokokken von Loewenberg wiedergefunden habe.

Charazac (Toulon): Beobachtung eines Larynxkrebses; Bemerkungen über die Laryngectomie.

---

[1]) Die Originalartikel wurden ausführlich in der Revue de laryngologie etc., No. 6, 7 u. 8, 1888 veröffentlicht.



C. bespricht die Zweckmässigkeit der Exstirpation des Kehlkopfs und bemerkt mit Recht, dass man, wenn der Krebs extralaryngeal sei, lieber abwarten solle. Wenn derselbe jedoch endolaryngeal und der Patient noch jung sei, dann soll man operiren.

Ruault schliesst sich den Ausführungen Charazac's an und erinnert an seine mit Monod 1887 der Academie mitgetheilte Beobachtung. Er betont die Nothwendigkeit zu operiren, sobald die Diagnose gestellt ist. Sobald es sich um verhornte Epitheliome der Stimmbänder handele, soll man die Thyreotomie machen.

Moure theilt die Ansicht Charazac's, ist aber Gegner der Thyreotomie, da sie kaum gestattet, ausserhalb der Grenzen des Uebels zu operiren.

Baratoux erinnert an die Statistik der wegen Krebs ausgeführten Larynxoperationen.

Gouguenheim frägt, ob in den am Leben gebliebenen Fällen stets die mikroscopische Diagnose gemacht worden sei.

Sitzung vom 27. April.

Dr. Berger (Graz) wird auf Vorschlag von Gouguenheim und Chatellier zum Ehrenmitglied der Gesellschaft ernannt.

Miot: Verdickung der dreieckigen Platte der Scheidewand mit Ausgang in vollständigen Verschluss der Nase.

Verf. bespricht zuerst die Anatomie der Gegend und beschreibt sodann die obengenannte Affection. Zur Behandlung empfiehlt er die Electrolyse mittelst Nadeln, deren Modell er vorzeigt. Mehrere beweisende Beobachtungen begleiten diese Arbeit.

Gellé wendet die Wiener Paste an.

Baratoux: Ueber eine Form der Nasenstenose.

Verf. beschreibt die Deviation der Nasenscheidewand mit knorpeliger oder knöcherner Wucherung, welche zur Stenose führt. B. operirt mit der Säge; in einem Fall von Hypertrophie der Nasenscheidewand wandte er jedoch Laminaria zur Dilatation an.

Moure zieht den Meissel der Säge vor.

E. Berger: Symptome der Krankheiten der Keilbeinhöhle.

B. betont zunächst, wie selten diese Krankheiten beschrieben worden seien, obwohl sie häufiger sind, als man annimmt. Die Symptome betreffen gewöhnlich die Augen (Blindheit). Ferner Blutungen, zuweilen epileptische Anfälle.

Bei der ophthalmoscopischen Untersuchung findet man die Zeichen einer Neuritis optica oder einer Atrophie des Nervus opticus.

Joal (Mont-Dore): Kopfschmerzen des Wachsthums.

J. schreibt die Mehrheit dieser Kopfschmerzen der Nasenschleimhaut zu, indem er einige Fälle zur Stütze seiner Ansicht anführt. Man muss daher die Behandlung auf die Nase richten, wenn nicht etwa der Geschlechtsapparat die Ursache derselben ist, was Verf. noch studiren will.

Moure meint, dass das Verhalten des Secrets durch Schwellung der Nasenschleimhaut genüge, um Kopfschmerzen zu verursachen.

Noquet meint, dass in gewissen Fällen von Kopfschmerz die Ursachen ganz wo anders, als in der Nase liegen.

Boucheron führt die rheumatische Diathese an.

Schiffers erklärt, der Sitz des Kopfschmerzes zeige gewöhnlich seinen Ursprung an (Stirn-, Schläfenschmerz). Der Allgemeinzustand spiele dabei auch eine Rolle.

Heryng: Die Krankheiten der Keilbeinhöhle geben auch eine Ursache des Kopfschmerzes ab. Die Methode von Hack ist nicht immer wirksam.

Noquet: Chronischer Abscess in einem Tonsillenrest.

N. betont die Seltenheit der Affection, von der er einen durch den Galvanocauter geheilten Fall berichtet.

Moure hat soeben einen analogen Fall beobachtet, den er mit demselben Verfahren heilte. Er bemerkt dazu, dass, wenn auch das Verfahren es gestattet, bei Erwachsenen die Mandel zu zerstören, bei Kindern doch das Tonsillotom oder das Bistouri den Vorzug verdiene.

Schiffers frägt, ob der Stumpf der Mandel des Patienten von Noquet ganz frei von Verwachsung und deshalb wenig der Entzündung in Folge von Circulationshemmungen ausgesetzt war.

Noquet erwidert, dass es in der That so bei seinem Patienten war. Was das Tonsillotom betrifft, so verwerfe er es, seitdem er bei einem Kinde eine secundäre Blutung dabei beobachtet habe. Er ziehe den Thermocauter vor.

Moure meint, dass man nach der Amygdalotomie ein adstringirendes Gurgelwasser verordnen müsse.

Heryng empfiehlt Eiswasser, Ménière Citronensaft.

Gellé zieht, nachdem er eine Hämorrhagie gehabt habe, gleichfalls die Ignipunctur vor.

Charazac wendet bei Erwachsenen den Thermocauter an.

Ménière: Ein Fall von täglichem, seit 2 Jahren bestehenden Kopfschmerz, geheilt durch Cauterisation der Nase und Abtragung adenoider Massen.

Es handelt sich um ein 9jähriges Kind, das in der oben angegebenen Weise geheilt wurde.

Moure: Acuter Abscess der Scheidewand der Nasenhöhle.

Der Ref. betont die Seltenheit der Affection ohne jedes Trauma. Der Abscess, durch Erkältung entstanden, begann mit allen Symptomen eines Gesichtserysipels. Die Folge war eine Einsenkung des Nasenrückens durch Ausstossung eines Stücks der Scheidewand.

E. J. MOURE.

b) Edward Woakes (London). **Nasenpolypen, Neuralgie, Heufieber und Asthma in ihrer Beziehung zur Ethmoiditis. (Nasal polypus with neuralgia, hay-fever and asthma in relation to ethmoiditis.)** London. H. K. Lewis. 1887.

Die uns vorliegende Monographie verdient ein sorgfältiges Studium, da der Autor eine Reihe von Affectionen behandelt, deren Pathologie, wie er glaubt, missverstanden wurde und wenn seine Schlüsse rücksichtlich derselben („der Ethmoiditis") correkt sind, so „lassen sie vieles, was bisher als nahe verwandt



galt, unhaltbar erscheinen, während sie uns die wichtigeren Affectionen der Nase auf eine gesunde pathologische Basis stellen helfen und uns zu einem radicaleren Behandlungssystem derselben zwingen." Der Autor hat nämlich zwei Fragen rücksichtlich der Nasenpolypen zu beantworten gesucht: 1. Welches sind die krankhaften Processe, die ihrer Entwicklung voraufgehen und 2. welches sind die dauernden Faktoren der Krankheit, welche ihr Recidiv erklären können?

Was Woakes betreffs der Symptomatologie und der mit der in Rede stehenden Krankheit verbundenen Reflexphänomene schreibt, steht mit der allgemeinen Anschauung im Einklang, und dieser Theil des Buches ist in einer sehr klaren und lesbaren Sprache geschrieben.

In den diesem Theil der Materie gewidmeten Kapiteln (4—8) werden die Symptome einzeln ausführlich besprochen und in dem folgenden die Frage der Behandlung in einer Weise abgehandelt, dass die Chirurgen wohl damit zufrieden sein werden. Wir zweifeln jedoch sehr stark, ob dies in gleicher Weise der Fall sein wird hinsichtlich seiner Anschauungen über die Pathologie der Krankheiten, von welchen das Buch handelt.

Für uns war die Frage der Pathologie der Nasenpolypen und der mit einer Wucherung der Nasenschleimhaut verbundenen Affectionen stets von sehr grossem Interesse, besonders seit dem Erscheinen des Buches, welches wir besprechen. Wenn man die Pathologie dieses Gegenstandes behandelt, so ist das einfache Aussprechen seiner Meinung von geringem oder gar keinem Nutzen, wenn sich dieselbe nicht auf sorgfältige und wohlbegründete Beobachtungen in der klinischen Abtheilung eines grossen Krankenhauses und im Obductionssaal stützt. Schreiber dieser Recension verfügt über Beides, und seine (anderweitig zu publicirenden) Beobachtungen haben ihn gelehrt, dass die necrotisirende Ethmoiditis keine so wichtige Rolle spielt, wie Woakes dies behauptet. Wir fürchten, dass er der necrotisirenden Ethmoiditis einen solchen Einfluss auf seine Studien gestattet hat, dass er sie zu einer Bedeutung erhoben hat, die weit über ihren wirklichen Werth hinausgeht. DAVID NEWMANN (Glasgow).

V. Briefkasten.

Personalia.

Dr. Eugène Eeman ist zum ausserordentlichen Professor der Laryngologie und Rhinologie an der Universität Gent ernannt worden.

Am 19. März hielt der Präsident des Royal College of Physicians, Sir Andrew Clark zu Ehren des für wenige Tage in London zu einer Consultation anwesenden Prof. Gerhardt einen Empfangsabend ab, der von mehr als hundert der führenden Aerzte Londons besucht wurde und der sich zu einer ebenso spontanen, wie bezeichnenden, grossartigen Ovation für den verdienten Gelehrten gestaltete.

Gründung einer Berliner Laryngologischen Gesellschaft.

Die „Freie laryngologische Vereinigung", welche seit wenigen Monaten an der Berliner Universität bestand und zu ihren Mitgliedern hauptsächlich die Hörer an der Königl. Poliklinik für Hals- und Nasenkranke zählte, hat sich am 22. Februar in eine „Berliner Laryngologische Gesellschaft" verwandelt. Der betreffende Beschluss wurde in einer stark besuchten Versammlung gefasst, in welcher fast alle bekannten Laryngologen Berlins anwesend waren, und der Vorstand des Vereins wurde folgendermassen constituirt:

I. Vorsitzender: Prof. B. Fränkel,
II. Vorsitzender: Dr. A. Rosenberg;
I. Schriftführer: Dr. P. Heymann,
II. Schriftführer: Stabsarzt Dr. Landgraf;
Schatzmeister: Dr. Schoetz.

Prof. Gerhardt hielt an demselben Abend einen Vortrag: „Bemerkungen zur Stimmbandlähmung", dem eine lebhafte Discussion folgte. — In der „Freien laryngologischen Vereinigung" waren während ihres kurzen Bestehens folgende Vorträge gehalten worden: 1. Aronsohn, „Künstlich erzeugtes Asthma beim Menschen"; 2. Scheinmann, „Die nasalen Reflexneurosen"; 3. B. Fränkel, „Bemerkungen zur feineren Anatomie des Kehlkopfs".

Laryngologische Section der British Medical Association.

Als Gegenstände für die beiden Hauptdiscussionen des vom 30. Juli bis zum 2. August in Leeds tagenden Meetings sind in Aussicht genommen:

1. Tonsillitis; ihre Erscheinungsformen und ihr Zusammenhang mit Rheumatismus.
2. Perichondritis des Kehlkopfs; ihre Aetiologie, Pathologie, Symptomatologie und Behandlung.

Neue specialistische Journale etc.

Seit dem 1. Januar dieses Jahres giebt Dr. J. Mount-Bleyer in New-York ein „Journal of the Respiratory Organs" heraus, das monatlich erscheint, Originalartikel und Berichte umfasst, und die Krankheiten der Luftwege, inclusive derjenigen der Lunge in sein Bereich zieht.

Im Januar dieses Jahres ist die erste Nummer der „Annales de la Polyclinique de Bordeaux" erschienen, welche von den Herren E. J. Moure, A. Pousson und W. Dubreuilh gegründet und publicirt werden, und zwanglose Berichte über interessante Fälle, die an der Poliklinik von Bordeaux im Gebiete der Krankheiten des Kehlkopfs, der Nase, der Ohren, des Urogenitalapparats und der Haut beobachtet werden, bringen sollen.

Druckfehlerberichtigung.

In der Tabelle der Sammelforschung muss es auf Seite 450 bei dem Namen Schoetz in der dritten Colonne 1879—88 (statt 1874—88) heissen.



Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang V. Berlin, Mai. 1889. No. 11.

I. Die Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopf-Geschwülste in bösartige, speciell nach intralaryngealen Operationen.

Ergebnisse der Sammelforschung.

(Fortsetzung.)

X. Sichere, resp. wahrscheinliche Fälle von Umbildung nach intralaryngealen Operationen.

1. Ueber den ersten hierhergehörigen Fall sind von den Herren Aschenbrandt (Würzburg) und Seifert (Würzburg) zwei unabhängige Darstellungen eingelaufen, aus denen die folgende Krankengeschichte zusammengestellt ist. Die anfänglichen anamnestischen Daten sind einem Briefe der Wittwe des Patienten entnommen, welchen College Aschenbrandt uns gütigst zur Verfügung gestellt hat:

J. S., Handelsmann aus Creylingen in Württemberg, aus langlebiger Familie stammend, wurde im Alter von 37 Jahren von Prof. Rossbach wegen Kehlkopfpolypen operirt. Nähere Daten sind nicht gegeben. Es erfolgte eine zweijährige Ruhepause, dann erschien das Uebel wieder und Patient begab sich im Jahre 1882 in die Behandlung Prof. Gerhardt's, welcher ebenfalls operativ vorging. Patient blieb neuerdings ein Jahr lang frei von Beschwerden; dann traten solche wiederum auf, und Patient musste, der Beschreibung der Wittwe zufolge, nunmehr fast vierteljährlich Prof. Gerhardt zu Rathe ziehen. So ging es fort bis zur Uebersiedelung Prof. Gerhardt's nach Berlin (1885). In der Zwischenzeit wurde er zu wiederholten Malen von Prof. Gerhardt operirt, ein Mal auch (nach dem Seifert'schen Bericht) von Dr. Möser. Im Herbst 1885 trat Patient in Dr. Seifert's Behandlung. Beide Taschenbänder und Stimmbänder waren mit Papillomen besetzt, welche Respiration und Phonation hinderten. Die Neubildungen wurden wiederholt (4—5 Mal) von Seifert mit Schlinge, Zange und Galvanocauter entfernt. Die von dem Operateur vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab als Befund: Papillome, und die in immer kürzeren Zwischenräumen, aber stets an denselben Stellen erfolgenden Recidive waren bis



$^1/_2$ Jahr vor der schliesslich vorgenommenen Kehlkopfexstirpation gutartiger Natur. Als der Patient im Jahre 1886, sechs Monate vor seinem Tode, in Dr. Aschenbrandt's Behandlung trat, war der ganze Kehlkopf ergriffen, und schliesslich wucherte die Neubildung durch den Schildknorpel nach aussen. Angesichts dieser Thatsache, die so deutlich für Carcinom sprach, und der beträchtlichen Cachexie wurden keine Theile der Geschwulst mehr behufs mikroskopischer Untersuchung entfernt. Nachdem die Tracheotomie wegen hochgradiger Dyspnoe erforderlich geworden war, wurde 3—4 Wochen später von Dr. Rosenberger die totale Kehlkopfexstirpation vorgenommen. Der Patient starb 24 Stunden später. Specielle Todesursache nicht angegeben. Bei der Obduction fand sich ein faustgrosses Epitheliom, welches den grösseren Theil des Kehlkopfes einnahm. Die Speiseröhre war miterkrankt. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, Dr. Seifert zufolge, „in einzelnen Schnitten oberflächliche Epithelwucherung (Papillombildung), während stellenweise diese Epithelwucherung in die Tiefe strebt (in Zapfenform), die Lymphgefässe ausfüllend. Das Centrum der Geschwulst zeigt die Charaktere des Epithelialcarcinoms."

[Es dürfte keinem Zweifel unterliegen, dass es sich in diesem Falle um eine thatsächliche Umbildung einer ursprünglich gutartigen Neubildung gehandelt hat. Für diese Auffassung sprechen:

a) die lange Gesammtdauer des Falles. (Im Jahre 1882 kam Patient unter Prof. Gerhardt's Behandlung. Schon zwei Jahre vorher war er von Prof. Rossbach operirt worden. Sein Tod erfolgte Ende 1886. Das Leiden muss also in minimo 6 Jahre bestanden haben);

b) die lange Zeit (zwei Jahre), die zwischen der ersten Operation und und dem ersten Recidiv, und die, wenn auch kürzere, doch immer noch verhältnissmässig lange Zeit, die zwischen dem ersten und zweiten Recidiv verstrich;

c) die immer kürzer werdenden Intervalle zwischen den folgenden Recidiven, die darauf hindeuten, dass die Geschwulst mehr und mehr in atypische Wucherung gerieth;

d) der Umstand, dass die äussere Erscheinungsform der Geschwulst fast bis zum Ende die multipler Papillome war;

e) das Resultat der mikroskopischen Untersuchung nach dem Tode, welche nur in den centralen Theilen die Charaktere des Cancroids, in anderen Schnitten Durchbruch der Epithelwucherung in die Tiefe, in wiederum anderen Stellen aber nur oberflächliche Epithelwucherung zeigte.

Alle diese Umstände, besonders aber der letzte, tragen dazu bei, diesen Fall im Lichte einer echten Umwandlung erscheinen zu lassen.]

2. Bayer (Brüssel) hat im Jahre 1873 in Gemeinschaft mit Prof. V. von Bruns einen damals 54jährigen Herrn wegen einer mit breiter Basis dem rechten Stimmband aufsitzenden, kleinbohnengrossen Granulationsgeschwulst behandelt. Die Geschwulst wurde mit der schneidenden Pincette entfernt und die Basis mit dem Lapisstift geätzt. „Eine mikroskopische Untersuchung wurde meines Wissens

nicht angestellt." Der Patient wurde von Prof. v. Bruns als radical geheilt entlassen, und letzterer sprach sich sehr hoffnungsvoll betreffend des voraussichtlichen Ausbleibens von Recidiven aus. Zwölf Jahre hindurch blieb der Patient in der That von Kehlkopfbeschwerden frei. Im Jahre 1885 aber stellte er sich dem Collegen Bayer auf's Neue vor mit „knorpelharten, papillomartigen Auswüchsen auf dem ganzen rechten Stimmbande, etwa wie Jurasz sein verhorntes Papillom beschreibt." Die von Bayer nach intralaryngealer Entfernung der Neubildung angestellte mikroscopische Untersuchung führte zur Diagnose: Epitheliom, und diese Diagnose wurde weiterhin durch die beständigen Recidive und durch das Umsichgreifen der Infiltration gegen die Trachea hin mit Geschwulstbildung unterstützt. Bereits zu verschiedenen Malen ist das Stimmband selbst abgeräumt und auch die Tumoren, die sich auf der unteren Seite desselben gebildet hatten, entfernt worden.

Anfang 1887 hatte die Situation einen bösen Anblick; die Recidive nahmen einen rascheren Verlauf an. Es wurde jedoch Alles entfernt und innerlich — obwohl Patient nie syphilitisch gewesen war — mehrere Monate hindurch Jodkalium gegeben. Ende 1887 musste wieder operirt werden. Seit drei Monaten ist nichts mehr von Belang geschehen und nur auf der Unterfläche des Stimmbandes und in der Trachea langsamer Nachwuchs zu bemerken, der wegoperirt wird. Die Stimme ist ziemlich gut und tönt.

> [Dass die ursprüngliche Geschwulst eine gutartige war, ist durch die zwölfjährige Ruheperiode, die ihrer Entfernung folgte, wohl zur Genüge erwiesen. Dass es sich gegenwärtig um ein Epithelialcarcinom mit langsamem Verlaufe handelt, dürfte wohl ebensowenig zweifelhaft sein. Insofern also gehört der Fall entschieden hierher. Andererseits aber könnte die gegenwärtige Neubildung sehr wohl als eine Narbengeschwulst aufgefasst werden. Es muss hinsichtlich dieser streitigen Frage auf die allgemeinen Ausführungen des VII. Abschnitts, S. 427 u. ff. verwiesen werden.]

3. Der hier folgende Fall ist in die Categorie der sicheren resp. wahrscheinlichen Fälle von Umbildung aufgenommen worden, weil nicht nur der Beobachter, College Beschorner (Dresden) und der pathologische Anatom, Prof. Birch-Hirschfeld, der die mikroskopische Untersuchung der entfernten Fragmente vorgenommen hat, ihn mit Bestimmheit als „sicher" bezeichnet haben, sondern weil auch andere Autoritäten auf diesem Gebiete, nämlich Prof. Paul Bruns[1]) und Prof. Eppinger[2]) ihn nach den derzeit vorgelegenen Mittheilungen in das Gebiet der Umwandlungen einzurechnen geneigt gewesen sind. Der Herausgeber muss indessen gestehen, dass er in dieser Hinsicht gegenwärtig starke Zweifel hegt, und es soll nach Mittheilung des Falles versucht werden diese Zweifel zu motiviren. Der Fall selbst ist von Dr. Beschorner bereits vor 12 Jahren beschrieben worden[3]). Seine wesentlichen Züge sind folgende:

---

[1]) „Die Laryngotomie etc." S. 148, letzter Absatz.

[2]) „Pathol. Anatomie des Larynx und der Trachea." 1880. Ss. 189, 190 und S. 225.

[3]) „Berliner klin. Wochenschrift." 1877. No. 14.

Am 16. Januar 1875 wurde B. von einer 54jährigen Dame wegen heftiger Athemnoth consultirt. Die Anamnese wies auf ein Kehlkopfleiden hin, das sich seit etwa drei Jahren entwickelt und schon im Jahre 1874 zu völliger Aphonie geführt hatte. Das Laryngoscop zeigte eine von der Stimmbandcommissur und dem rechten Morgagni'schen Ventrikel ausgehende, gelappte, maulbeerförmige Neubildung, welche das Kehlkopflumen bis auf eine Rabenfederkieldicke Oeffnung verschloss. Intralaryngeale Entfernungsversuche vergrösserten die bestehende, hochgradige Dyspnoe auf's Bedenklichste. Es wurde daher am 24. Januar die Tracheotomie vorgenommen, und nachdem sich Patientin von diesem Eingriffe erholt hatte, die Geschwulst in mehreren Sitzungen mit der Quetschschlinge bis auf einen kleinen, aus der Morgagni'schen Tasche hervorragenden Stumpf entfernt. Dieser Stumpf, den damals zu exstirpiren nicht gelang, vergrösserte sich schnell, und bereits am 25. September desselben Jahres kehrte die Patientin, der die Trachealcanüle am 15. März entfernt worden war, mit heiserer Stimme wieder. An Stelle des Stumpfes zeigte sich ein kleinerdbeergrosser Tumor. Es gelang nunmehr leicht, denselben zu entfernen. Schon am 26. Februar des folgenden Jahres (1876) aber fanden sich beide Stimmbänder in ihrer ganzen Breite und Ausdehnung dicht besetzt mit einer Neubildung, welche gleichfalls anscheinend papillomatöser Natur war, aber viel feiner granulirt, körniger erschien, als die frühere. Die Patientin war aphonisch. In vier Sitzungen wurden mit dem von Bruns'schen Quetschschlingenschnürer unter Schwierigkeiten immer nur kleinere Partien losgetrennt; hierbei war es unvermeidlich, zugleich mit den Excrescenzen auch Theile des Mutterbodens, mit denen sie innig und tief verwachsen erschienen, loszutrennen. Nach Beendigung der Operationen und energischer Aetzung mit Lapis erschienen nunmehr (4. März 1877) die Stimmbänder uneben, wulstig, rissig. Ueber die mikroskopische Natur des Neoplasmas in den verschiedenen Stadien der Operationsgeschichte urtheilte Prof. Birch-Hirschfeld folgendermassen:

„Die untersuchten Neubildungen aus dem Kehlkopf sind sämmtlich von der Structur des Papilloms; doch ist bemerkenswerth, dass bei der erst exstirpirten Geschwulst die Epitheldecke zarter ist, während die einzelnen Zellen derselben sehr gleichmässig sind; das Stroma relativ vorwiegend, nicht kernreich."

„Die dem ersten Recidiv entsprechenden Geschwulstmassen zeigen eine dickere, wenn auch noch ziemlich regelmässige Pflasterepitheldecke, das Stroma ist kernreicher und, wie es scheint, auch stärker vascularisirt. Die zuletzt exstirpirten Massen lassen unverkennbar eine stärkere Wucherung der Epithelien hervortreten. Die Zellen sind unregelmässiger, kleiner, oft mehrkernig, das Stroma tritt sehr zurück, enthält übrigens reichliche Rundzellen."

„Es geht hieraus hervor, dass mit jedem neuen Recidiv die Neubildung intensiver in Wucherung gerathen ist und sich mehr und mehr dem Charakter einer atypischen Geschwulst genähert hat. Es ist sehr wohl denkbar, dass bei dem letzten Recidiv auch an der Basis der papillomatösen Massen eine Wucherung in das Schleimhautgewebe hinein stattgefunden hat."

Nach diesem pathologisch-anatomischen Befunde gab sich College Beschorner zur Zeit der Veröffentlichung des Falles (Frühjahr 1877) nichts we-

niger als sanguinischen Hoffnungen hin und meinte im Gegentheil in seinen Schlussworten, dass ihm aus dem Obengesagten hervorzugehen scheine, dass das Papillom „mehr und mehr einen malignen Charakter anzunehmen begonnen habe.“

Gegenwärtig ergänzt er in seinem Beitrag zur Sammelforschung den Fall folgendermassen:

„Spätere wiederholte Recidive wurden leicht auf natürlichem Wege beseitigt; dieselben nahmen aber mehr und mehr einen malignen Charakter an, und wurde Anfang der achtziger Jahre die Neubildung von Prof. Birch-Hirschfeld zweifellos für Carcinom erklärt. Die Neigung zum Recidiviren schwand jedoch (!), so dass in den letzten Jahren keine intralaryngeale Operation mehr vorgenommen zu werden brauchte. Erst Februar 1887, also 12 Jahre nach dem ersten Eingriff, ist Patientin einem Uteruscarcinom erlegen. Von Seiten des Kehlkopfes hatte sie keinerlei Beschwerden (!); die Athmung blieb völlig ungehindert, die Stimme in Folge der destruirten Stimmbänder rauh, aber weithin verständlich. Benachbarte Drüsen erkrankten nicht. (Vgl. hierzu Birch-Hirschfeld, „Pathol. Anatomie“; Kapitel: Krankheiten des Kehlkopfs, und Eppinger, „Pathol. Anatomie des Larynx und der Trachea,“ Berlin, 1880, Ss. 189, 190 und S. 225).

[Nach der im Jahre 1877 erfolgten Beschreibung des Verlaufs dieses Falles und, vor Allem, nach den Resultaten der mikroscopischen Untersuchung schien die Thatsache einer vor sich gehenden malignen Umbildung so klar erwiesen, dass der Herausgeber selbst in der Controverse, die der Sammelforschung vorausging, auf den Fall als einen hierhergehörigen aufmerksam machte (vgl. S. 139), und dass auch der sonst in der Frage des Uebergangs gutartiger in bösartige Geschwülste anscheinend ziemlich skeptische Eppinger (l. c.) nicht Anstand nahm, gerade diesen Fall als Paradigma solcher Umwandlungen wiederholt zu citiren.

Der Herausgeber muss aber offen bekennen, dass er seine Anschauung nach der Lectüre der oben citirten ergänzenden Mittheilungen des Collegen Beschorner beträchtlich geändert hat. — Dieselben lauten dahin, dass „die Neigung zum Recidiviren geschwunden“ sei, dass die Patientin in den letzten Jahren ihres Lebens von Seiten des Kehlkopfs „keinerlei Beschwerden“ gehabt habe, und dass in diesen Jahren keine intralaryngealen Operationen mehr hätten vorgenommen zu werden brauchen.

In dreierlei Weise könnte voraussichtlich dieser nach der vorhergegangenen Beschreibung doppelt überraschende Verlauf gedeutet werden, nämlich dahin:

1. dass eine allmälige Spontanheilung eingetreten sei,
2. dass die intralaryngealen Operationen den Krebs ausgerottet hätten,
3. dass die Anschauung von der stattgehabten Umbildung auf einem diagnostischen Irrthum beruht habe.

Was die erste Deutung betrifft, so kann der Herausgeber nur sagen, dass ihm im Gebiete des Kehlkopfkrebses hinsichtlich einer

Spontanheilung nur die Aeusserung Prof. v. Schroetter's dem damaligen deutschen Kronprinzen gegenüber bekannt ist [1], dass er „in der jüngsten Zeit Gelegenheit gehabt habe, bei einem alten Herrn die vollständige spontane Rückbildung einer solchen Neubildung am Kehlkopfe zu sehen." — Sonst ist ihm weder aus eigener Erfahrung, noch aus der Literatur ein einziger Fall bekannt, in welchem sich im Gebiete des Kehlkopfkrebses ein ähnliches erfreuliches Ereigniss vollzogen hätte. Da aber, wenn auch nur in seltensten Fällen, Spontanheilungen des Krebses beobachtet worden sind [2]), da theoretisch kein Grund vorliegt, weshalb sich nicht gelegentlich auch im Kehlkopf ein derartiger regressiver Process abspielen sollte, und da nunmehr das gewichtige Zeugniss Prof. v. Schroetter's dafür vorliegt, dass eine vollständige spontane Rückbildung eines Kehlkopfkrebses thatsächlich einmal erfolgt ist, so wäre es zum wenigsten denkbar, dass auch in dem vorliegenden Beschorner'schen Falle eine derartige Naturheilung eingetreten ist. Sehr wahrscheinlich ist dies freilich nicht.

Zweitens käme die Möglichkeit in Betracht, dass der Krebs durch die intralaryngealen Operationen ausgerottet worden sei. Nach den von J. Solis Cohen, Schnitzler, B. Fränkel und dem Herausgeber beobachteten und theilweise sicher constatirten Heilungen dieser Art in Fällen unzweifelhaften Kehlkopfkrebses (mehr über diesen Punkt zum Schlusse der Analyse) kann auch diese Möglichkeit im vorliegenden Falle nicht völlig ausgeschlossen werden, wenn auch die zahlreichen Recidive und die verhältnissmässig grosse, räumliche Ausbreitung der Neubildung es nicht sehr wahrscheinlich machen, dass es schliesslich gelungen sei, dieselbe durch intralaryngeale Operationen radical auszurotten.

Es bleibt endlich noch die Möglichkeit, dass ein diagnostischer Irrthum begangen worden sei und es sich überhaupt nicht um Krebs, sondern nur um ein recidivirendes Papillom gehandelt habe, dessen Recidivfähigkeit schliesslich erloschen sei. Und diese Erklärung däucht dem Herausgeber alle Wahrscheinlichkeit für sich zu haben. Der klinische Verdacht der Bösartigkeit war doch schliesslich nur auf zwei Momente gegründet: 1. Die immer schnelleren Recidive nach den Operationen, 2. das etwas veränderte Aussehen der recidivirten Geschwülste. Beide Momente genügen aber, nach anderweitigen, wohlverbürgten Beobachtungen (vgl. Abschnitt IV) nicht, um die Diagnose der Bösartigkeit mit Bestimmtheit zu begründen. Alle anderen klinischen Züge des Falles: die enorm lange Dauer (gegen 15 Jahre von dem Beginne der Beschwerden, 12 Jahre seit der Constatirung einer Kehlkopfgeschwulst), der Mangel aller tieferen Veränderungen

[1]) „Die Krankheit Kaiser Friedrich's III." 1888. S. 48.

[2]) Vgl. z. B. Rokitansky, „Lehrbuch der Pathol. Anatomie." 1855. Vol. I. S. 258.



(Ulceration, Perichondritis etc.) im Kehlkopfe, das Freibleiben der benachbarten Drüsen bis zum Tode trotz dieser enorm langen Dauer, das Schwinden der Tendenz zu Recidiven — sind doch Momente, die nach der Meinung des Herausgebers sehr entschieden gegen Bösartigkeit sprechen.

Es bleibt also für die letztere nur der pathologisch-anatomische Befund. Dieser letztere ist nun freilich, soweit er ausführlicher mitgetheilt ist, suggestiv genug, und er hat ja auch Paul Bruns, Eppinger und den Herausgeber ursprünglich veranlasst, den Uebergangscharakter des Falles unbedenklich zuzulassen. Die Angabe Beschorner's in seinen ergänzenden Bemerkungen, dass Birch-Hirschfeld im Anfange der 80er Jahre die Neubildung „zweifellos" für Carcinom erklärt habe, scheint vollends den Schlussstein auf das Gebäude zu setzen. Aber dem gegenüber muss doch betont werden, 1. dass das nach unseren gegenwärtigen Anschauungen allein wirklich beweisende Moment, d. h. die Constatirung eines thatsächlich erfolgten Durchbruchs der Epithelialwucherung in die tieferen Gebilde — soweit aus den Mittheilungen Beschorner's zu entnehmen — nicht erbracht worden ist (Prof. Birch-Hirschfeld sagt nur: „Es ist sehr wohl denkbar (!), dass bei dem letzten Recidiv auch an der Basis der papillomatösen Massen eine Wucherung in das Schleimhautgewebe hinein stattgefunden hat."); 2. dass von dem experimentum crucis, nämlich der Untersuchung des Kehlkopfs nach dem Tode, in den ergänzenden Mittheilungen nicht die Rede ist; 3. dass, wie aus dem Briefe Birch-Hirschfeld's an Beschorner (vgl. Ss. 432, 433) hervorgeht, die Ansichten des ersteren über die histologische Diagnose des Carcinoms im Laufe der Jahre sehr bedeutsame Wandlungen erfahren haben, und dass Momente, auf welche er früher so viel Gewicht legte, dass er auf Grund derselben die Krebsdiagnose „aufs Allerbestimmteste" (vgl. S. 430) stellen zu können meinte, seinen gegenwärtigen Erfahrungen nach die Möglichkeit von Täuschungen nicht ausschliessen. Solche Täuschungen liegen, wie er selbst in dem citirten Briefe hervorhebt, am nächsten bei Geschwülsten, „die durch wiederholte Eingriffe irritirt wurden". Diese Täuschungsquelle war im gegenwärtigen Falle angesichts der Häufigkeit der vorgenommenen Eingriffe gewiss reichlich vorhanden, und sieht man sich die einzelnen Momente, auf welche der Patholog seinen Verdacht auf eine in der Entwicklung begriffene Umwandlung basirte: den grösseren Kernreichthum und die stärkere Vascularisation des Stroma, die stärkere Wucherung der Epithelien, die Unregelmässigkeit und Kleinheit der Zellen, das Auftreten reichlicher Rundzellen etc. genauer an, — so lassen sich dieselben sämmtlich ungezwungen auf einfache irritative Vorgänge in den recidivirenden Geschwülsten beziehen, Vorgänge, die nichts weniger als gebieterisch die Annahme einer bösartigen Umbildung verlangen.

Aus allen den genannten Gründen ist der Herausgeber geneigt,

den Fall entweder völlig aus der Reihe der Beispiele von Umbildung zu streichen, oder ihn doch unter die „zweifelhaften" einzureihen. Die Gründe für seine Erwähnung an dieser Stelle sind bereits in den einleitenden Worten seiner Beschreibung gegeben worden.]

4. Ueber den nunmehr folgenden Fall sind von den Herren Beschorner und Prinz (Dresden) zwei unabhängige Berichte eingesandt worden.

College Prinz, in dessen Behandlung sich der Patient zuerst befunden hatte, schreibt:

„Generalstaatsanwalt v. S., ca. 60 Jahre alt, hatte im Jahre 1876 ein flaches Ulcus am rechten Stimmbandrande, ohne verdächtige Symptome, die auf Tuberculose, Carcinom oder Syphilis schliessen liessen. Zweimonatliche Behandlung. December 1877 zeigt sich, nicht ganz an derselben Stelle, sondern mehr nach der vorderen Commissur zu, eine erbsengrosse, papillomatöse Schwellung, die Januar 1878 mit der kalten Schlinge abgetragen wurde — leider nicht mikroskopisch untersucht. Im Juli und November Recidive, die beide wieder abgeschnürt wurden. Leider im April 1879 abermaliges Recidiv, wo ich nun in Erinnerung des vorigen Falles [diese Bemerkung bezieht sich auf den weiterhin sub XI, 10 mitzutheilenden Fall. Herausg.] weiteres Operiren ablehnte. Vor mir hatte schon Tobold operirt, nach mir Bruns, Heinze, Beschorner, Böcker, welch' letzterer auch Epithelialcarcinom mikroskopisch nachgewiesen hatte. Zuletzt in Schlesinger's Behandlung; Tracheotomie und schliesslich auch Catheterismus der Speiseröhre wegen Carcinoms".

Diese Mittheilungen werden folgendermassen vom Collegen Beschorner ergänzt:

„Herr v. Sch., damals etwa 60 Jahre alt, wurde Ende der 70er Jahre von Dr. Prinz in Dresden (wie mir letzterer mündlich mittheilte) wegen zweifellosen Larynxpapilloms intralaryngeal operirt. Es erfolgten Recidive, die, wie Patient mir mittheilte, von verschiedenen auswärtigen Laryngologen innerhalb der nächsten Jahre gleichfalls auf natürlichem Wege entfernt wurden.

Januar 1880 kam er mit stark defigurirten Stimmbändern, völlig heiser, zu mir, ohne dass ich, zumal da zu excidirende Wucherungen nicht vorhanden, eine bestimmte Diagnose hätte stellen können.

1881 kratzte V. v. Bruns unterhalb des rechten Stimmbandes mit dem scharfen Löffel eine kleine Excrescenz hinweg und schickte den Patienten mit der Diagnose: „Flache Epithelialgeschwulst an dem vorderen Drittel der unteren Fläche des rechten Stimmbandes; leichte Verdickung in der Mitte des linken Stimmbandes" in fast gleichem Zustande wie vorher zu mir zurück. Das nächste Jahr verging ohne wesentliche Aenderung. Im Mai 1882 wurde v. Sch. von Dr. Heinze-Leipzig galvanocaustisch, Juli 1883 von Dr. M. Schmidt in Frankfurt a. M. mit verschiedenen internen Mitteln behandelt und von letzterem an mich zurückgeschickt mit der Notiz: Markige Infiltration beider Stimmbänder und des rechten Taschenbandes.

1884 kehrte v. Sch., der sich fast immer auswärts, insbesondere während der Reichstagssessionen in Berlin, aufhielt, so dass ich ihn nur selten zu sehen



bekam, von dort zu mir zurück mit der bestimmten, von Böcker gestellten und mikroscopisch bestätigten Diagnose: Kehlkopfcarcinom.

Das Bild war jetzt allerdings ein wesentlich anderes: knollige Wucherungen ragten von allen Seiten in das Kehlkopfinnere hinein, wuchsen ziemlich rasch an und gaben wegen drohender Suffocation am 17. Mai 1884 zur Tracheotomie Veranlassung.

Da nun bald (1885) auch der Eingang zur Speiseröhre in Mitleidenschaft gezogen wurde, musste künstliche Ernährung Platz greifen, und am 17. Januar 1886 ging Patient an Erschöpfung zu Grunde. — In allerletzter Zeit behandelte ihn Dr. Stelzner, der die Tracheotomie ausgeführt, und Dr. Schlesinger, Dresden. — Die Diagnose Carcinom war zur unumstösslichen geworden."

[Der Fall ist zwar nicht über allen Zweifel erhaben, da das schon 1876 constatirte „flache Ulcus" am rechten Stimmbandrande eine ominöse Bedeutung haben könnte. Immerhin muss man aber daran denken, dass Patient, als dieses Ulcus von Prinz constatirt wurde, bereits vorher von Tobold operirt worden war, so dass der Substanzverlust auch auf Rechnung des Eingriffes geschoben werden könnte. Andererseits spricht der excessiv lange Verlauf — über 9 Jahre! — lebhaft zu Gunsten der Anschauung, dass es sich in diesem Falle in der That um eine Umwandlung gehandelt hat. Man dürfte ihn also, wenn nicht mit Sicherheit, so doch mit grosser Wahrscheinlichkeit in die Reihe der hierher gehörigen Fälle zu setzen haben.]

5. A. Boecker (†) (Berlin). Folgender Fall wird aus der Praxis unseres verstorbenen Collegen durch die Güte seines früheren Assistenten Dr. Schorler (Berlin) mitgetheilt:

„Herr W., 55 Jahre alt. Das Leiden war im 55. Lebensjahre aufgetreten. Status am 7. August 1874: Papillom von weisslicher Farbe, unebener Beschaffenheit, ziemlich derb, auf dem rechten Stimmband im vorderen Drittel, von Erbsengrösse, etwas über den Rand hinüberragend. Operirt mit Zange. Ob mikroscopisch untersucht, ist nicht angegeben. Zwei anscheinend gutartige Recidive. Das erste nach zwei Jahren, das zweite wieder zwei Jahre später, beide genau an derselben Stelle, wo die ursprüngliche Geschwulst sass, das erste Mal auch von derselben Form und Grösse. Zwischen der letzten intralaryngealen Operation und der Feststellung der Malignität vergingen 14 Tage. Von mikroskopischer Diagnose nichts erwähnt. Im Januar 1879 hat die maligne Neubildung das ganze rechte Stimmband ergriffen. Es stellen sich leichte Athembeschwerden ein. Das linke Stimmband in einen fast kleinfingerdicken knolligen Tumor verwandelt. Im März 1879 wird die Tracheotomie nöthig. Im August Durchbruch des Carcinoms auf die äussere Haut. Tod am 29. September 1879, fünf Jahre nach Beginn der Erkrankung."

[Trotz des Mangels der Angaben über den ursprünglichen mikroskopischen Befund ist der Fall wohl mit Wahrscheinlichkeit in die Kategorie der Umwandlungen zu rechnen. Es sprechen für diese Auffassung nicht nur die verhältnissmässig lange Gesammtdauer, sondern vor allen Dingen die langen Zwischenräume zwischen der ursprüng-

lichen Operation und dem ersten Recidiv, wie zwischen diesem und dem zweiten Recidiv, und auch die ausdrückliche Bemerkung, dass das erste Recidiv nicht nur genau an derselben Stelle erfolgt, sondern auch von derselben Form und Grösse gewesen sei, wie die ursprüngliche Neubildung.]

6. Der nächste Fall ist von Victor von Bruns, Paul Bruns und A. Böcker beobachtet worden. V. v. Bruns hat ihn in seinen „23 neuen Beobachtungen von Polypen des Kehlkopfs", Tübingen 1868, S. 44 beschrieben, Böcker in der „Deutschen Klinik", 1874, No. 39, S. 308, den weiteren Verlauf mitgetheilt, und Paul Bruns in seinem mehrfach citirten Werke „Die Thyreotomie etc." S. 143 den schliesslichen Ausgang hinzugefügt. Gegenwärtig hat College Schorler noch die Güte gehabt, den Fall nach den Aufzeichnungen seines verstorbenen, früheren Chefs Böcker zu recapituliren. Die hier folgende Beschreibung folgt der Schilderung in dem Paul Bruns'schen Werke, nur sind einzelne Details in grösserer Ausführlichkeit nach den Schorler'schen Angaben mitgetheilt.

Der Fall betrifft einen 38jährigen Herrn, bei dem sich auf der oberen Fläche und am Rande des linken Stimmbandes ein Papillom in Form eines Conglomerates von auffallend weissen, schichtweise über einander gelagerten Zäckchen entwickelt hatte. Nach der vollständigen Entfernung des Papilloms auf laryngoscopischem Wege durch V. v. Bruns (1867) hatte die Heilung mit Wiederherstellung der normalen Stimme 4 Jahre lang Bestand. Im Jahre 1873 (6 Jahre nach der ersten Operation), als Patient wieder in Behandlung kam, hatte sich ein Recidiv am linken Stimmbande und eine Neubildung von ganz demselben Charakter am rechten Stimmbande entwickelt, welche beide nicht ganz vollständig entfernt wurden. Schon nach $^1/_2$ Jahr trat Patient mit einem Recidiv in die Behandlung von Böcker. Der am 19. December 1873 aufgenommene Befund desselben lautet: „Rechtes Stimmband verdickt, mit papillären Wucherungen besetzt, in der Mitte ein bohnengrosser Knoten, Morgagni'sche Tasche fast ausgefüllt, Taschenband nach oben gedrängt. Aussehen uneben, höckerig, körnig, zerklüftet. Farbe dem gekochten Eiweiss gleichsehend. Linkes Stimmband ähnlich, nur nicht so hochgradig besetzt." Böcker entfernte die Neubildungen mit der Zange, und zerstörte die Insertionsstellen durch Aetzungen mit Lapis, Chlorzink und Galvanocaustik. Nichts destoweniger erfolgten nunmehr immerwährend Recidive, zuerst in Zwischenräumen von 6 Monaten, dann immer rapider, schliesslich wächst die Neubildung „unter der Hand des Operateurs". Im Ganzen wurden 9 Recidive gezählt. Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Partien ergab (Paul Bruns zufolge) zuerst „lediglich die Charaktere des Papilloms", dann (nach Schorler's Bericht) „kein bestimmtes Resultat". Allmälig breitete sich die Neubildung an der rechten Seite in mehr diffuser Weise nach oben und unten aus, und wegen zunehmender Dyspnoe musste 1875 die Tracheotomie gemacht werden. Die Malignität der Neubildung wurde nunmehr von Dr. Wegener an einem Zapfen constatirt, der in der Trachea neben der Canüle sass. Es handelte sich um Epithelialkrebs. Gegen Ende desselben Jahres begann sich äusserlich am Halse in der Gegend der unteren Partie des Kehlkopfes eine geschwulst-

förmige Verdickung und derbe Infiltration auszubilden, in deren Bereich fistulöse Gänge und Taschen sich entwickelten, und später kamen aus der Trachealöffnung in der Umgebung der Canüle knollige Wucherungen hervor, welche sich bei mikroskopischer Untersuchung ebenfalls als Epithelialcarcinom erwiesen. Schliesslich erfolgte im Jahre 1876, neun Jahre nach dem ersten Auftreten des Leidens, der Tod an Cachexie.

[Dieser Fall darf wohl in der That als „beweisend", wie Paul Bruns ihn l. c. nennt, angesehen werden. Das einzige Moment, welches überhaupt den Gedanken primärer Bösartigkeit erwecken könnte, sind die „auffallend weissen, schichtweise über einander gelagerten Zäckchen", in Gestalt welcher sich die ursprüngliche Neubildung präsentirte, und welche lebhaft an den „schneeweissen Papillomrasen" des Herausgebers (vgl. S. 205) erinnern. Abgesehen aber davon, dass das laryngoskopische Aussehen allein, wie so oft hervorgehoben worden ist, für die Natur dieser Neubildungen nicht bestimmend ist, sprechen a) die lange Gesammtdauer des Falles (9 Jahre), b) das vierjährige freie Intervall nach der ersten Entfernung, c) der Umstand, dass die Recidive anfänglich in der ursprünglichen Neubildung ähnlicher Gestalt auftraten, d) die Resultate der zu verschiedenen Zeiten vorgenommenen mikroscopischen Untersuchungen, die anfänglich die Charaktere des Papilloms, dann unbestimmten Befund, endlich Epithelialkrebs ergaben — mit Bestimmtheit dagegen, dass es sich von Anfang an um eine bösartige oder eine Mischgeschwulst gehandelt hat. Der sub c) genannte Umstand macht auch die Auffassung der Recidive als „Narbengeschwülste" sehr unwahrscheinlich. Der Fall darf daher wohl als Typus einer ächten Umwandlung aufgefasst werden.]

7. Guglielmo Fano (Triest). — Der Patient war ein Mann, dessen Leiden im 58. Lebensjahre begonnen hatte. An beiden Stimmbändern befand sich je ein blumenkohlartiger, weisslicher, platt aufsitzender Tumor, am vorderen Winkel ein ähnlicher, gestielter, in die Trachea hineinragender. Es wurden zu verschiedenen Malen Fragmente mittelst Schlinge, Zange und Aetzmittel entfernt, aber keine mikroscopische Untersuchung angestellt. Nach der vollständigen Entfernung erfolgten zwei anscheinend gutartige Recidive in Zwischenräumen von je 2—3 Monaten, dann ein längeres Intervall und dann ein Recidiv, dessen maligne Natur dem Beobachter zufolge „unzweifelhaft auf die Inspection und auf die klinischen Symptome gegründet war." — „Als ich den Kranken", schreibt College Fano, „$1^1/_2$ Jahre nach der letzten Operation untersuchte, nahm die maligne Neubildung den grössten Theil des Kehlkopfs ein. Der Kranke wurde ambulatorisch behandelt. Als sich hochgradige Larynxstenose entwickelte, ermahnte ich den Kranken dringend, sich in's Hospital aufnehmen zu lassen, behufs Vornahme der Tracheotomie. Dies verweigerte er und ich muss annehmen, dass er kurze Zeit darauf suffocatorisch zu Grunde ging. Der Tod erfolgte im 64. Lebensjahre. Keine Autopsie.

[Die Kürze obiger Mittheilung macht die Abgabe eines bestimmten Urtheils über diesen Fall unmöglich. Namentlich ist der Leser hin-

sichtlich der eingetretenen Malignität der Neubildung ausschliesslich auf die oben citirte Aeusserung des Collegen Fano angewiesen. Wird die schliessliche Malignität mit dem Beobachter als erwiesen angenommen, so lässt sich auch gegen die Auffassung des Falles als eines Beispiels von Umbildung nicht viel einwenden. Sowohl die verhältnissmässig lange Gesammtdauer (6 Jahre), wie die ursprüngliche Multiplicität der Neubildungen sprechen für dieselbe. Indessen braucht nicht besonders hervorgehoben werden, dass bei der Abwesenheit jeder mikroscopischen Untersuchung und der Autopsie der geschilderte Verlauf und die Larynxstenose vollständig vereinbar sind mit der Entwicklung eines stark wuchernden, im Uebrigen aber durchaus gutartig bleibenden Papilloms. Mit dieser Bemerkung soll selbstverständlich kein Zweifel an der schliesslichen Diagnose des Collegen Fano ausgedrückt werden. — Aber der objective Kritiker kann den Beweis kaum als völlig erbracht anerkennen, und der Fall dürfte mit grösserem Rechte in der Kategorie der „wahrscheinlichen“, als in der der „sicheren“ aufzuzählen sein.]

8. C. Michel (Köln). „Nur ein Mal beobachtete ich ein Bösartigwerden von Papillom des Stimmbandes. Patient, ein 60jähriger Herr, kam, nachdem er mehrere Jahre heiser und bereits von Prof. Tobold behandelt worden war, zu mir. Er hatte eine papillomatöse Wucherung rechts vorn an der Commissur und eine zweite desgleichen in der Mitte des rechten Stimmbandes. Es wurden 4 bis 5 Jahre hindurch zeitweise Fragmente mittelst der scharflöffeligen Pincette entfernt; wegen übergrosser Reizbarkeit aber — es war in der Zeit, wo es keine Cocainisirung gab — war gänzliche Ausrottung, besonders des vorderen Papilloms nicht möglich. Von diesem konnten nur kleine Stückchen entfernt werden. Stets kamen Recidive an denselben Stellen, aber auch da, wo wenig operirt worden war.“ Die Diagnose der ursprünglichen Gutartigkeit war nur auf Inspection, nicht auf mikroscopische Untersuchung gegründet. Nachdem der klinische Verdacht auf Bösartigkeit aufgestiegen war, wurden Fragmente der recidivirten Neubildung an Prof. v. Recklinghausen geschickt. Derselbe erklärte die Geschwulst auch vom anatomischen Standpunkte als verdächtig. Es wurden nunmehr weitere Operationen unterlassen. „Als die Umwandlung oder die Bösartigkeit erkannt war, wuchs der vordere Theil des Papilloms (unter dem Kehldeckel), dem nie ordentlich beizukommen gewesen war, am zähesten.“ Etwa 1¼ Jahr später — im fünften Jahre der Behandlung — starb der Patient an Entkräftung.

[Auch in diesem Falle spricht die Multiplicität und räumliche Trennung der ursprünglichen Geschwülste für deren anfängliche Gutartigkeit. Die Möglichkeit primärer Bösartigkeit resp. primär bestandener Mischgeschwülste aber ist nicht ganz auszuschliessen. Auch hinsichtlich des schliesslichen Verlaufs und der definitiven Constatirung der Bösartigkeit spricht der Bericht sich nicht genügend ausführlich aus. Es dürfte daher gerathen sein, auch ihm nur das Prädicat der „Wahrscheinlichkeit“, nicht das der „Sicherheit“ zuzuerkennen.]

(Fortsetzung folgt.)



II. Referate.

a. Therapeutisches und Instrumente.

1) **E. Symes Thompson** (London). **Die Seereise nach dem Cap der guten Hoffnung und das Klima von Südafrika. (The voyage to the Cape and the climate of South Africa.)** *Brit. Med. Journal. 17. November 1888.*

Aus dem am 12. November 1888 vor der Medical Society of London gehaltenen Vortrage ist nur hervorzuheben, dass Th. speciell das Klima von Natal für Fälle laryngealer und bronchialer Irritation empfahl. SEMON.

2) **Baugé. Challes und seine Indicationen. (Challes et ses indications.)** *Nice Imprim. Niçoise, 1888.*

Eine balneotherapeutische Brochüre, in welcher der Autor mit kurzen Worten vorbringt, was wir über die chronischen Affectionen der Nase, des Pharynx, des Larynx und einiger anderer Organe wissen. E. J. MOURE.

3) **Ely McClellan. Bemerkungen über die Behandlung der catarrhalischen Entzündungen der oberen Luftwege. (Notes on the treatment of catarrhal inflammations of the upper air-passages.)** *Journal American Medical Association. 18. August 1888.*

Diese Arbeit stellt eine These über die therapeutischen Massnahmen auf, welche Rumbold (St. Louis) eingeführt, erfolgreich ausgeführt und zur Vollendung gebracht hat.

In der Behandlung dieser Fälle gelten folgende Grundsätze: 1. Nur nichtreizende Mittel sind anzuwenden. 2. Die Art der Anwendung darf nicht den geringsten Reiz verursachen. 3. Die reizenden, catarrhalischen Secrete sind zu entfernen. 4. Das angewandte Mittel soll Festigkeit genug haben, um einige Stunden auf der entzündeten Fläche zu verbleiben und sie vor dem reizenden Einfluss der Luft zu schützen. Ausserdem soll es eine solche Eigenschaft besitzen, dass die zukünftigen Secrete nicht scharf werden. [? Red.]

Jeder Theil der erkrankten Fläche muss behandelt und genügende Kraft angewendet werden, um alle kranken Secrete zu entfernen, jedoch ist ein Uebermass von Kraft zu vermeiden. Das Medicament ist ganz warm anzuwenden. Folgende Mittel gaben die besten Resultate:

1. Reines Vaselin, 2. Vaselin mit Eucalyptol, 3. V. mit Gaultheria, 4. V. mit Carbolsäure und 5. V. mit Pinus Canadensis.

Nur das dritte und fünfte ist im Larynx anzuwenden; alle können im Pharynx und in der Nase gebraucht werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

4) **Schmaltz** (Dresden). **Ueber Therapie der oberen Luftwege.** *Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden. Sitzungsperiode 1887—1888.*

In seinem Vortrage betrachtet Schm. alle jene Gesichtspunkte, welche als massgebend für die Beurtheilung der Frage gelten, ob die Therapie der ersten Respirationswege (speciell der Nase und des Nasenrachenraumes) in etwas aus-

gedehnterem Masse, als es früher üblich gewesen, eine örtliche sein solle und ob sie statt einer secundären eine vorwiegend primäre Rolle im gegebenen Falle zu spielen habe. Im Einzelnen erstreckt sich die Besprechung auf die Asymmetrie der Nasengänge, auf die Guye'sche Aprosexie, welche Schm. im Wesentlichen als durch Kohlensäureüberladung des Gehirns bedingt ansieht, ferner auf den Einfluss kranker Zähne auf die Nase (resp. ihre Nebenhöhlen), auf die pseudoscrophulösen Symptome, die durch pathologische Processe im Naseninnern und im Nasenrachenraum verursacht werden.

Es ist zu bedauern, dass die Bemerkungen des Autors über die therapeutischen Gebräuche in diesem wohl wenig bekannten Journal versteckt sind, es könnte sich mancher Praktiker gute Lehren daraus ziehen. Ich meinerseits möchte unter Anderem die Bemerkung herausgreifen über das oft so zwecklose und ohne jede Kritik geübte Touchiren des Rachens mit dem Lapisstift, man sieht ja nur zu oft, wie die armen Patienten unter einem solchen schematischen Verfahren zu leiden haben. SEIFERT.

5) **Eichhorst** (Zürich). **Desinfection der Luftwege.** *Wiener med. Presse. No. 42. 1888.*

E. lässt Gelatinekapseln mit Myrtol (einem Bestandtheile des Myrthenöles) 0,15 gr. einnehmen, worauf die Ausathmungsluft durch 24 Stunden hindurch einen deutlichen Geruch nach Myrtol zeigt. Handelt es sich um putride Processe in den Lungen oder Bronchien, so muss man alle 2 Stunden 2 Kapseln verabreichen; dann schwindet der faulige Geruch ganz und der Athem der Kranken nimmt einen aromatischen Duft an; nach längerem Gebrauche vermindert Myrtol auch das Sputum, hat aber auf Tuberkelbacillen keinen Einfluss. CHIARI.

6) **Baracz** (Lemberg). **Zur localen Cocainanaesthesie.** *Wiener med. Wochenschr. No. 34. 1888.*

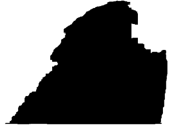
Neben vielen Fällen geschieht auch einer Staphylorraphie Erwähnung, die blos durch Cocainbetupfungen fast schmerzlos gemacht wurde. Vergiftungserscheinungen traten 4 mal auf und zwar nach subcutanen Einspritzungen schon von 0,1 gr. Cocain auch bei ganz gesunden Personen. Bei nervösen Menschen und Kindern räth K. von den Einspritzungen ab. CHIARI.

7) **Felsenburg** (Wien). **Die locale Anwendung von Hydrastis canadensis.** Vorläufige Mittheilung. *Wiener med. Blätter. No. 48. 1888.*

F. wurde durch die adstringirende und schwach anästhesirende Wirkung der Hydrastis veranlasst, das Fluidextract in mehreren Fällen von Pharyngitis chronica einzupinseln und fand, dass nach wenigen Tagen die Röthung und Schwellung sowie das Gefühl von Rauhigkeit im Halse nachliess. Unangenehm ist nur der bittere Geschmack. F. fordert zu weiteren Versuchen auch auf andern Schleimhäuten auf. CHIARI.

8) **Rafin. Milchsäure zur Behandlung gewisser tuberculöser Geschwüre der Haut und der Schleimhäute. (De l'emploi de l'acide lactique dans le traitement de certaines ulcérations tuberculeuses de la peau et des muqueuses.)** *Lyon méd. No. 28. 8. Juli 1888.*

R. führt Beobachtungen von Ulcerationen der Zunge und der Nase an. In-



dem er diese, von Mosetig gerühmte Behandlungsmethode mit den bisher angewandten vergleicht, spricht er sich zu Gunsten der Milchsäure aus.

E. J. MOURE.

9) **Schnitzler** (Wien). **Anwendung und Wirkung des Creolin bei Krankheiten der Mundhöhle, des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes.** *Internat. klin. Rundschau. No. 27 u. 30. 1888.*

Schn. erwartete von dem Creolin gute Wirkung, weil es nach den bisherigen Versuchen antiseptische, desinficirende, desodorisirende, adstringirende, blutstillende, secretionsbeschränkende und granulationsanregende Eigenschaften besitzt und zugleich ganz ungiftig sein soll. Schn. wendete es in 1—2prom. Lösungen als Gurgelwasser und Inhalation, in 1—5proc. Lösungen zur Bepinselung, in 1—5proc. Pulvern zur Einblasung und innerlich in Pillenform zu 0,1 bis 0,2 g täglich bei Soor, Angina simplex, follicularis und phlegmonosa, Ozaena, Tuberculosis laryngis, Catarrhus laryngis et tracheae an und war mit dem Mittel recht zufrieden. Besonders bei Tuberculosis laryngis leichtern Grades bewirkte es Abnahme der Schwellung und Reinigung, ja öfters Heilung der Geschwüre. Gegen Croup und Diphtherie scheint es ihm a priori sehr wirksam, doch hatte er noch keine Gelegenheit es zu versuchen. Unangenehm ist nur der schlechte Geschmack des Mittels. Innerlich giebt er es mit Oleum jecoris Aselli und fügt der Insufflation noch Alaun, Tannin, Bismuth, Calc. phosphor., Acid. borac. oder Calc. carbon. hinzu. Creolin wird nicht immer gut vertragen. CHIARI.

10) **Pleskoff** (Heidelberg). **Therapeutische Versuche mit Creolin.** *Therapeutische Monatsschrift. October 1888.*

Pl. empfiehlt Creolin in 1procent. wässeriger Lösung zur Behandlung der Rhinitis chronica mit oder ohne ozaenösen Gestank und Pharyngitis sicca. In diese Lösung wurden Wattetampons getaucht und in die Nase eingeführt.

In verhältnissmässig kurzer Zeit erfuhr die Secretion eine qualitative und quantitative Veränderung, insbesondere wurde der üble Geruch bald zum Verschwinden gebracht. SEIFERT.

11) **Munk** (Duna Szerdahely, Ungarn). **Cocain, Antipyrin und Creolin in der Praxis.** *Internat. klin. Rundschau. No. 29. 1888.*

M. bepinselte in mehreren Fällen von Diphtherie den Rachen täglich 1 bis 2 Mal mit einer Lösung von 20 Tropfen Creolin in 10 g Wasser und erzielte schnelle Reinigung der Schleimhaut. Von 4 Kindern starb nur 1. Ausserdem wendete er öfters Creolinlösungen als Gurgelwasser mit bestem Erfolge an. Als Antisepticum leistete es immer sehr gute Dienste. CHIARI.

12) **Otto Seifert. Ueber Sozojodol-Präparate.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 47. 1888.*

Das Sozojodol vereinigt in sich mehrere Antiseptica, nämlich Jod (52 pCt.), Carbolsäure (20 pCt.) und Schwefel (70 pCt.). S. versuchte nun die verschiedenen Sozojodolsalze auf ihre Wirksamkeit bei Krankheiten der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. Das Sozojodolkalium in einer Verdünnung von 1 : 1 oder 1 : 2 (Pulver mit Talcum) erwies sich sehr geeignet für jene Formen der chro-

nischen Rhinitis, die mit einer abnorm reichlichen, wässerigen oder schleimig-eitrigen Secretion einhergehen. Das Zinksalz wurde bei Rhinitis atrophica und bei Rhinitis hypertrophica mit geringer Secretion angewendet; die Secretion wurde reichlicher, und bei Rhin. atroph. der Foetor beseitigt; die Verdünnung ist 1 : 10, manche Kranken reagiren auch hierbei noch sehr stark und ertragen erst eine Verdünnung von 1 : 12. Am wenigsten bewährte sich das Quecksilbersalz, das nicht nur sehr stark reizt, sondern auch ätzt. SCHECH.

13) **Semeleder** (Mexico). **Ueber Electrolyse.** *Wiener Klinik. No. 10. 1888.*

S. zeigt sich als warmer Fürsprecher dieser Methode, bringt aber, soweit es unser Fach betrifft, nichts Neues. Er führt nur Beispiele aus der Literatur an über Electrolyse bei Nasen-Rachenpolypen, Kropf, Zungengeschwüren, Ranula etc. CHIARI.

14) **D. S. Campbell. Electrolyse zur Beseitigung von Neubildungen der Nase und des Pharynx. (Electrolysis in the removal of nasal and pharyngeal Neoplasms.)** *Journal of Am. Med. Association. 25. August 1888.*

C. rühmt die Electrolyse als eine sehr werthvolle Methode, wenn die Tumoren auf andere Weise nicht ohne Gefahr für das umgebende Gewebe zu beseitigen sind. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

15) **Patrick W. Maxwell** (Dublin). **Eine Methode zur Erzeugung von neutralen Salmiakdämpfen zur Inhalation. (A method of generating neutral fumes of ammonium chloride for inhalation.)** *British Med. Journal. 27. October 1888.*

M. beschreibt einen sehr einfachen Apparat, durch welchen der so häufige Ueberschuss einer Säure oder eines Alkalis verhütet wird. Es geschieht dies durch Erhitzung des festen Salmiaks in einem Luftstrom. — Beigabe einer Abbildung. A. E. GARROD.

16) **Horace Smith. Ein Zerstäuber zum Erwärmen und Sprühen von Vaselin. (An atomizer for warming and spraying vaseline.)** *New-York Med. Record. XXXIV. 4. 1888.*

Verf. rühmt sehr den Vaselinspray gegen Hals- und Nasenkrankheiten. Er hat ein Instrument erfunden, in welchem das Vaselin erwärmt werden kann. Dadurch werden seine reizmildernden Eigenschaften verstärkt und seine Tendenz, an der Spitze des Sprayapparats stecken zu bleiben, verhindert.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

17) **Broich** (Hannover). **Zur Zink-Platina-Tauchbatterie.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. No. 10. 1888.*

B. empfiehlt des Preises wegen dünnere Platinplatten, die, damit sie sich nicht verbiegen, zwischen vier Glasprismen eingeklemmt werden. SCHECH.

18) **Frank H. Potter. Der Galvanocauter zur Behandlung der Drüsenschwellungen. (The galvanocautery in the treatment of enlarged tonsils.)** *Philad. Med. News. 10. März 1888.*

Die Vortheile der Behandlung der Drüsenschwellung mit dem Galvanocauter, besonders nach der als Galvanopunctur bekannten Methode sind folgende:



1. Sie ist milde.
2. Sie ist leicht zu handhaben.
3. Sie ist schmerzlos.
4. Obwohl langsam, so ist sie doch sicher; sie schont Organe, von denen es voreilig ist, zu sagen, dass sie von gar keinem Nutzen für die Oekonomie des Körpers seien.

LEFFERTS.

19) **Joseph A. White. Eine neue Form der galvanocaustischen Schlinge etc. für Nasen-, Hals- und Augenzwecke. (A new form of galvano-cautery snare etc. for nasal-, throat- and eye-work.)** *Philad. Med. News. 22. Sept. 1888.*

Der Leser muss auf das (mit einem Holzschnitt versehene) Original verwiesen werden, wenn er die von W. empfohlenen Verbesserungen (besonders am Handgriff) verstehen soll.

LEFFERTS.

20) **Stein** (Frankfurt a. M.). **Untersuchungs-Brille montirt mit electrischer Lampe.** *Therap. Monatshefte. 9. September 1888.*

St. giebt einen Apparat an, der sich durch folgende Punkte auszeichnen soll: 1. Lichtlinie und Blicklinie liegen in einer unverrückbaren Ebene, 2. die Untersuchung geschieht mit beiden vollkommen freien Augen, 3. ist ein Einstellen des Lichtes auf den zu untersuchenden Gegenstand niemals nöthig, 4. kann sich der Untersuchende dem zu beleuchtenden Objecte bedeutend nähern, 5. ist das Gewicht des Apparates ein äusserst geringer und 6. die Construction einfach und der Apparat billig.

SEIFERT.

21) **E. Watson Paul** (Bristol). **Combinirter Nasen- und Mundrespirator. (Combined nasal and oral respirator.)** *Lancet. 2. Juni 1888.*

Beschreibung eines Respirators, welcher Nase und Mund schützt. P. meint, dass der Schutz der Nase sehr wichtig sei, da die Athmung meist durch diese stattfindet; den Mundtheil hält er sogar für unnöthig.

Das Instrument ist aus Celluloid gemacht und die in die Nase eintretende Luft streicht durch ein doppeltes Silberdrahtgeflecht. Dem Original ist eine Abbildung beigegeben.

A. E. GARROD.

b. Nase und Nasenrachenraum.

22) **L. Przedborski** (Lodz). **Der hypertrophische Nasencatarrh als Ursache von Reflexneurosen. (Niezyt przewlekly nosa przerostowy i jego zwiazek z nerwicami zwrotnemi ciala ect.)** *Gazeta lekarska. No. 22–27. 1888.*

Nach P. beruht der grösste Theil der bei Nasenleiden vorkommenden Affectionen, die als Reflexneurosen aufgefasst werden, auf falscher oder mangelhafter Beobachtung. Zu denjenigen, die nach Ansicht des Verf.'s die wunderbarsten Heilungen erzielt haben wollten, gehören u. A. Schech, Schaeffer, Bresgen, Ziem und Heryng. Jedem, der die Publicationen der genannten Autoren gelesen, ist die Unhaltbarkeit dieses Ausspruches so evident, dass sie keiner ausführlichen Wiederlegung bedarf. Der anatomische und physiologische

Theil ist sehr flüchtig bearbeitet und enthält manche Curiosa, z. B. dass durch die Bewegungen der Nasenflügel normaler Weise der Luftstrom durch die Nase geleitet wird. In der Symptomatologie des chronischen Rachencatarrhs finden wir Angaben, die zur Annahme zwingen, dass der Verf. seine Arbeit auf theoretischen Reflexionen, statt auf eigener Beobachtung basirt hat. So werden die Complicationen der Rhinitis hypertrophica mit Erkrankungen der Nebenhöhlen als die häufigsten bezeichnet, ebenso die Phar. lateralis und granulosa als gewöhnliche Folgen der Nasenerkrankung angeführt. Zu den fixen Symptomen der Coryza hypertrophica zählt der Verf. Druck in den Augen, Kopfschmerzen, Verlust des Gedächtnisses, Ohrenleiden bis zu den heftigsten Mittelohrenentzündungen. Es lässt sich nicht bestreiten, dass die erwähnten Symptome manchmal vorkommen, sie sind aber zum Glück für die Patienten relativ selten und beweisen eben, wie wenig persönliche Erfahrung der Verf. in dieser Hinsicht gesammelt hat. Es ist dem Ref. unmöglich, den Ausführungen des Autors zu folgen, es möge genügen zu betonen, dass nachdem P. in seiner Tabelle die verschiedensten Erkrankungen bei Nasenkrankheiten als Reflexneurosen aufgenommen, z. B. Rachenhusten, Globus hystericus, Keuchhusten, Conjunctivitis etc., bei welchen die galvanocaustische Methode sich ihm als unwirksam erwiesen, er sodann eine ausführliche Kritik dieser Zustände liefert, um zu beweisen, dass, wie dies vorauszusehen war, dieselben nicht als Reflexneurosen betrachtet werden können.

In diesen Ausführungen finden sich nun Stellen, die verschiedenen Autoren entnommen wurden, doch ohne Angabe der Quelle u. A. der Arbeit von Chiari. Was die Therapie anbetrifft, so empfiehlt P. neben der Allgemeinbehandlung local Chromsäure, in schweren Fällen Galvanocaustik. An der Arbeit des Verf.'s bewahrheitet sich der herbe Ausspruch Ziem's, dass auf keinem anderen Gebiete der Medicin eine derartige geradezu planmässige Verketzerung der geschichtlichen Thatsachen sich breit macht, als auf dem Gebiete der Nasenkrankheiten. — (In zweiter Linie ist sicherlich der Larynx zu nennen.) HERYNG.

23) **B. O. Kinnear. Heufieber, eine Erkrankung des Centralnervensystems, nebst einigen, auf Grund einer neuen Hypothese erfolgreich behandelten Fällen. (Hay-Fever as a disease of central nervous origin with a few cases successfully treated in accordance with the hypothesis set forth.)** *New-York Med. Record. XXXIV. 2. 1888.*

Zweck dieser Arbeit ist, eine Hypothese mitzutheilen, in welcher der Versuch gemacht wird, das Heufieber in seinen unmittelbaren Symptomen auf einen abnormen Zustand der centralen Nervenzellen zurückzuführen. Nachdem Verf. zu dem Schluss gekommen war, dass Reizung des Nervencentrums einen veränderten Zustand herbeiführt, d. h. den Uebergang von Gesundheit in Krankheit bis in die letzten Nervenendigungen, war die nächste Frage die, welche Ursachen wirken in den automatischen Centren erregend? Die Antwort ist: die übermässig gesteigerte Circulation in den Centren. Denn indem sie zu übermässiger Ernährung führt, bewirkt sie eine grössere Ansammlung von Nervenfluidum, das bis in die Nervenendigungen sich ergiesst.

Auf Grund der Hypothese, dass die Massen der grauen Substanz, aus der



die Wurzelcentren des Trigeminus, des Glossopharyngeus und Facialis und einige Zellen des Vagus bestehen, im Zustand der Hyperämie sich befinden und deshalb überstark functioniren, hat der Verf. verschiedene Fälle von Heufieber mit Erfolg behandelt. Er glaubt, dass es zwei Krankheitsformen giebt: eine contractile, bei der alle Symptome auf eine starke Contraction der Blutgefässe des Gehirns, Kopfes, Gesichtes und der Schleimhäute hinweisen, und eine expansive, bedingt durch eine allgemeine Erweiterung der Gefässe, bei der alle Symptome auf eine Hyperämie hindeuten. Beide werden durch Application von Eisbeuteln auf die verschiedenen Theile der Wirbelsäule behandelt, in der Idee, dadurch die Circulation im ganzen Körper auszugleichen. Die Priorität dieser Behandlung gehört Dr. Chapman (Paris). W. J. SWIFT (LEFFERTS).

24) **Carl Genth** (Schwalbach). **Therapie des Heufiebers. (Therapeutics of hay-fever.)** *Brit. Med. Journal. 10. Juni 1888.*

G. beobachtete, dass in vielen Fällen das erste Symptom der Krankheit ein leichtes juckendes Gefühl an dem inneren Augenwinkel sei, später von einer Schwellung der Conjunctiva gefolgt.

Deshalb richtet er seine Behandlung gegen die Affection der Conjunctiva und fand, dass Einträufelungen und Baden derselben mit einer Sublimatlösung (1 : 3000) neben Tragen von blauen Brillen von günstigem Erfolge begleitet sind.

A. E. GARROD.

25) **Sherman Bigg** (Dover). **Heufieber. (Hay-fever.)** *British Medical Journal. 28. Juli 1888.*

B. empfiehlt, Gaumen und Hals zu besprühen mit einer Mischung von gleichen Theilen einer 5proc. Cocainlösung und Carbolsäure (1 : 120) und das Baden der Augen mit einer Mischung von Hydrarg. bichlor. 1 : 1000 und Zinc. sulfur. 0,12 : 30,0. A. E. GARROD.

26) **A. H. L. Die erfolgreiche Palliativbehandlung des Heufiebers. (The successful palliation of hay-fever.)** *Philadelphia Med. News. 15. September 1888.*

Atropin innerlich und Cocainlösungen werden die Nase reinigen und in Folge dessen die anderen davon abhängigen Symptome bessern, wie die Schwellung und das Jucken der Augen, das Jucken des Mundgewölbes, des Halses, der Ohren und der Brust, und das Asthma. LEFFERTS.

27) **Woodward** (Worcester). **Neue Mund-Nasen-Inhalatoren und Heuasthma. (New oro-nasal inhalers and hay-asthma.)** *Brit. Med. Journal. 28. Juli 1888.*

W. rühmt sehr den Gebrauch eines Respirators, gebildet aus einer Seidenhülle, der mit Watte gefüllt und über einen gekrümmten elastischen Gummicatheter gezogen ist, zum Schutz gegen Pollen. A. E. GARROD.

28) **J. O. Roe. Ueber die häufige Abhängigkeit der andauernden sog. congestiven Kopfschmerzen von abnormen Zuständen der Nasenwege. (The frequent dependence of persistent and so-called congestive headaches upon abnormal conditions of the nasal passages.)** *New-York Medical Record. 25. Aug. 1888.*

Der Nasenkopfschmerz ist reflectorischen Charakters. Die veranlassende Ursache ist eine Reizung der terminalen Nervenfasern in den Nasenhöhlen, welche

eine übermässige Thätigkeit in dem communicirenden Ganglion hervorruft, von dem aus ein Reiz auf die anderen, mit dem Ganglion in Verbindung stehenden terminalen Nervenfasern reflectorisch ausgeübt wird.

Diese übermässige Thätigkeit der sympathischen Ganglien bewirkt auch eine Erweiterung der kleineren Gefässe und Capillaren, wodurch eine reichliche Vascularisation der Theile Platz greift, welche, da sie mit Kopfschmerz verbunden ist, als congestiver Kopfschmerz bezeichnet wird. In der Nase wird der Reiz durch irgendwelche abnorme Processe hervorgerufen, welche Theile zusammenbringen, die normaler Weise getrennt sind, und dadurch einen mehr oder weniger heftigen Druck erzeugen. Der Schmerz kann constant oder intermittirend sein, und er wechselt von einem dumpfen Gefühl bis zu dem scharfen einer Neuralgie. Die Localisation des Schmerzes im Kopf hat keine constante Beziehung zu der Localität der Affection in der Nase; von gewissen Partien der Nasenhöhle reflectirt der Schmerz häufiger auf gewisse Gegenden des Kopfes, als von anderen. So wird von der unteren Nasenmuschel und dem unteren Theil des Septums der Schmerz sehr oft auf den unteren und hinteren Theil der Schläfen-, Seitenwand- und Hinterhauptsknochen reflectirt. Von der Gegend der mittleren Muschel reflectirt sich der Schmerz gewöhnlich auf die Schläfe, und von der Gegend der oberen Muschel auf die Stirn- und Supraorbitalgegend. Die Behandlung besteht in Entfernung der Ursache.

Es werden mehrere Fälle mitgetheilt, bei denen die Behandlung sehr zufriedenstellend war. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

29) J. O. Tansley. **Nasenbeschwerden bei Ohrenkrankheiten. (Nasal difficulties in ear diseases.)** *New-York Medical Journal. 6. October 1888.*

Verf. bespricht folgende Punkte: 1. Alles, was ganz oder theilweise eines oder beide Nasenlöcher verschliesst: a) Deviation des Septum, b) ödematöses Gewebe, c) Hypertrophie des Gewebes, wie Exostosen, Hyperostosen etc., d) Nasenpolypen. 2. Hypertrophisches Gewebe an besonderen Stellen, jedoch nicht nothwendigerweise stenosirend. 3. Hypertrophisches Gewebe, sowohl reizend als mechanisch auf die Tuba Eustachii drückend. 4. Gewebsbänder, scheinbar narbig, sich von der hinteren Pharynxwand zur Tuba Eustachii erstreckend. 5. Atrophische oder narbige Rhinitis mit ungewöhnlich weiten Tuben. 6. Einfacher Nasenrachencatarrh: a) einfacher schleimiger Catarrh, b) schleimig-eitriger oder hyperplastischer Catarrh, c) fibröser Catarrh, d) ozaenaartiger Catarrh mit eingedickten Borken. Schliesslich alles, was ganz oder theilweise eines oder beide Nasenlöcher verschliesst. Der Autor bespricht jeden Punkt gesondert und schliesst mit der Erklärung, dass Nasenaffectionen die Ohrenkrankheiten auf viererlei Weise hervorrufen: 1. Die Blutdyscrasie oder catarrhalische Diathese, welche das eine erzeugt, erzeugt auch das andere, und hierbei giebt es keine natürliche Folgereihe. 2. Der allmälige Uebergang von einer Schleimhauthöhle durch den catarrhalischen Process auf die benachbarte und damit communicirende Höhle; hier ist ein natürlicher Uebergang von der Nase auf das Ohr. 3. Plötzlich auftretende und oft wiederkehrende Congestionen, die durch die Schwierigkeit, die Nase zu reinigen, entstehen; ebenso diejenigen Nasenaffectionen, welche den

freien Luftdurchtritt durch die Nase erschweren, setzen die meisten und schwersten Erkrankungen. 4. Peripherische Nervenreizungen der Nase können gleichfalls das Ohr in Mitleidenschaft ziehen. Letzteres ist zweifellos bei vielen Ohrenkrankheiten der Fall, jedoch ist der Verf. nicht in der Lage, seine Ansichten über diesen Gegenstand kundzugeben.

Da diese 4 Thatsachen erwiesen sind, so sind unsere Indicationen einfach und bestimmt: 1. Bekämpfung der Blutdyscrasie; 2. Heilung der catarrhalischen Entzündung der Schleimhaut und Wiederherstellung ihrer normalen Function; 3. als das Wichtigste von allen: Befreiung der Nase und des Nasenrachenraums von allen Hindernissen und Kräftigung der Nasenathmung. LEFFERTS.

30) **H. A. Gradle. Augensymptome in Folge von Nasenaffectionen. (Ocular symptoms due to nasal affection.)** *Arch. Ophthalmology. XVI. 4. (New-York Med. Journal. XLVIII. 2.) 1888.*

G. stellt seine Beobachtungen in folgender Reihe dar: 1. Thränenträufeln ist nicht selten das Resultat von Nasenerkrankung ohne primäre Läsion des Thränenweges des Auges. In einigen Fällen folgt eine dauernde und lästige Epiphora dem acuten Anfall eines Nasencatarrhs. In anderen Fällen wechselt sie mit der Jahreszeit und es gehen ihr Symptome von Entzündung des Stirntheils der Nasenwege voran. Es ist wahrscheinlich, dass der Thränenfluss reflectorisch durch einen Reiz der Nase vermehrt wird. 2. Ein deutlicher Typus einer Augenaffection nasalen Ursprungs ist die Combination von dem Gefühl der Völle der Lider und Jucken mit oder ohne Thränenträufeln, bisweilen mit mehr oder weniger Schmerz in den Augen. Die Augensymptome können intermittirend, remittirend sein oder Wochen oder Monate andauern. Die Diagnose des Nasenreflexes wird in solchen Fällen durch das Factum bekräftigt, dass die Besserung irgend einer Theilanomalie nicht zur Hebung der Störung genügt. Sobald in solchen Fällen das Augenleiden persistirt, dann folgt gewöhnlich eine Schwellung der Conjunctiva. In allen diesen Fällen besteht das Nasenleiden in Reizbarkeit der Blutgefässe in und unter der Schleimhaut am vorderen Ende der unteren und mittleren Nasenmuschel und in seltenen Fällen im oberen und vorderen Theil des Septums. Entferntere Reflexe, welche bisweilen die Augen betheiligen, können von irgend einem Theil der erkrankten Nase oder des Halses ausgehen; aber in der Mehrheit der Fälle hängen die Nasenreflexe von einer Anomalie ab, die man als „Irritable nose" bezeichnet, mit plötzlicher Ueberfüllung der Nasenblutgefässe. In einigen Fällen hängt die Reizbarkeit der Nase von irgend einer anderen Läsion derselben ab. Polypen können diese primäre Ursache sein, häufiger aber ist es eine catarrhalische Entzündung der Nase. In diesen Fällen schafft ein Spray mit 4procent. Arg. nitr.-Lösung, einmal täglich, mit vorhergehendem Cocainspray dem Patienten Besserung. Besteht starker Ausfluss, so ist es besser, ihn zuerst mit einer Douche von Natr. bicarb. zu entfernen. Sobald keine Ursache für die Reizbarkeit der Nase zu finden ist, so besteht das einzige Mittel der Besserung in Zerstörung des cavernösen Gewebes, und zwar kann dies mit Chromsäure geschehen, sobald das gefässhaltige Gewebe nicht sehr hypertrophisch ist. Der Galvanocauter ist durchgreifender in seiner Wirkung,



vorausgesetzt, dass man einen starken Strom anwendet. 3. Ein anderer Typus der Augenaffection, gleichfalls durch Jucken und Schmerz in den Lidern charakterisirt, ist eigenthümlich durch die Periodicität seiner Anfälle. Die Affection beginnt zwischen Mai und Juli alljährlich und hört prompt mit den ersten kalten Herbsttagen auf. Während des Verlaufes dieser Affection bildet sich eine Conjunctivitis aus, die zuerst als eine leichte folliculäre Schwellung sich zeigt und mit der Bildung von grossen, flachen, gelblichen, folliculären Granulis endet. 4. Ein etwas anderer Typus von Symptomen zeigt sich in solchen Fällen, bei welchen geringeres Jucken der Augenlider besteht, während die Lichtscheu, mit oder ohne Schmerz. mehr hervortritt. Solche Augen sind oft blutunterlaufen. Es kann mehr oder weniger Schwachsichtigkeit und Thränenträufeln bestehen. 5. In anderen Fällen kann eine mehr oder weniger ausgesprochene Injection der Gefässe um die Cornea bestehen. 6. Plötzliche Schwellung der Lider, sich von einem erysipelatösen Process durch ein rein oberflächliches Erythem unterscheischeidend, ist nicht selten bei Patienten mit reizbarer Nase. Der Anfall ähnelt dem genuinen Erysipel, breitet sich jedoch nicht aus und ist in der Regel nicht von einem starken Ansteigen der Temperatur begleitet. Er kann 2—6 Tage dauern und hat eine grössere oder geringere Desquamation zur Folge. Nach dem ersten Auftreten ist er geneigt, in monatlichen oder jährlichen Intervallen zu recidiviren. 7. In anderen Fällen treten vasomotorische Reflexe in Form von Lidödem auf. Der Anfall dauert nur einige Stunden oder höchstens einen Tag.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

31) A. L. Nieden. **Der Zusammenhang zwischen den Krankheiten des Auges und der Nase. (The connection between diseases of the eye and nose.)** *Arch. ophthalmology. XVI. 4. (New-York Med. Journal. XLVIII. 2.) 1888.*

N. glaubt, dass eine der wichtigsten Ursachen der Anisometropie in der allgemeinen Asymmetrie der Augen- und Nasengegend und der Höhlen liegt, was häufig vorzukommen pflegt. Ebenso erkennt er das Factum an, dass die verschiedenen Augenaffectionen durch vorhergehende krankhafte Processe der Nasenschleimhaut bedingt sind. Einige dieser Processe setzen sich direct durch den Nasentheil des Thränencanals fort und bewirken so eine infectiöse Entzündung der benachbarten Schleimhaut, die von gleicher Structur sind. Reflexprocesse, welche durch die Nerven der Nasenschleimhaut erzeugt sind, bewirken auch sympathische Reflexaffectionen des Auges und seiner Nachbarschaft.

N. glaubt, dass chronische Entzündung der Nasenschleimhaut, wobei das Secret auf der Oberfläche in Gestalt brauner oder grauer Krusten trockenen Schleims eindickt und durch seine schnelle Zersetzung zu dem charakteristischen, ekelhaften Geruch Anlass giebt, zugleich mit der Atrophie der Nasenmuscheln hauptsächlich durch das Fehlen der constanten, wenn auch leichten Feuchtigkeit der Nasenwege bedingt ist, welche normaler Weise durch jede Lidbewegung erzeugt wird. Die Entwickelung der chronischen Rhinitis zur Ozaena ist hauptsächlich durch das Fehlen der regelmässigen Thränensecretion bedingt. Ebenso behauptet er, dass die phlyctaenuläre Keratitis fast regelmässig ihren Ursprung in einer Krankheit der Nase hat und dass dieses Leiden nur dauernd und sicher

gehoben werden kann, wenn der pathologische Process der erkrankten Nasenschleimhaut behandelt und zum Stillstand gebracht wird. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

32) **Augagneur. Pathogenese und Therapie der Keratitis phlyctaenularis. (Pathogénie et traitement de la kerato-conjonctivite phlycténulaire.)** *Province méd. Lyon, 1888.* Auszug.

Nach A. ist die Affection sehr oft die Folge einer Entzündung der Schleimhaut mit verschiedenem Ursprung. Es ist aber besonders die Nase, auf die man achten muss. E. J. MOURE.

33) **Suchannek** (Zürich). **Ueber Nasenleiden und ihren Zusammenhang mit anderen Organleiden, sowie über Reflexneurosen.** Habilitationsrede. 21. II. 1888. Zürich. *Monatsschrift für Ohrenheilkunde. 10. 1888.*

In dieser Habilitationsrede, die von Ziem einer unverdient scharfen kritischen Besprechung unterzogen wurde (Monatsschr. f. Ohrenheilk. 10. 1888), kommen nur die wichtigsten Punkte der Pathologie der Nasenhöhle zur Sprache in einer für den engen Rahmen eines Vortrags sehr anzuerkennenden Form. SEIFERT.

34) **J. E. Shadle. Die Beziehung des Krampfasthmas zur chronischen, hypertrophischen Rhinitis. (The relation of spasmodic asthma to chronic hypertrophic rhinitis.)** *New-York Medical Record. XXXIV. 4. 1888.*

Da, wie Mackenzie zeigt, ein von aussen in die Nase eingebrachter Reiz, sobald er die sog. sensitiven Stellen trifft, zu Erscheinungen Anlass giebt, die ihrer Natur nach ganz reflectorische sind, wie Husten, Niesen etc., warum sollte ein krankhafter Process, sobald er eine solche Area ergreift, wie dies z. B. bei der chronischen Hypertrophie der Schleimhaut der Fall ist, in gleicher Weise nicht einen ähnlichen Process erzeugen? Da die pathologische Veränderung der Gewebe, in unbestimmter Weise entstanden, allmälig die das Gebiet versorgenden Nerven und Gefässe verändert, so wird das Individuum, in dessen Nase solche Veränderung vor sich geht, sobald es zu Asthma prädisponirt ist, ein fruchtbares Object für die Entwickelung des symptomatischen Asthma. Wahrscheinlich giebt es so viele Fälle von reflectorischem Asthma, deren Ursache in einer intranasalen Affection sitzt, sobald keine andere Ursache sichtbar ist.

Verf. theilt alsdann ausführlich drei Fälle mit, bei denen die Entfernung des hypertrophischen Gewebes aus der Nasenhöhle das vorher bestandene Asthma heilte. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

35) **M. A. Bayet. Fall von Asthma bei einem 9jährigen Kinde. Bemerkungen über die Aetiologie und Symptomatologie dieser Affection in der Kindheit. (Un cas d'asthme chez un enfant de 9 ans; considérations sur l'étiologie et la symptomatologie de cette affection dans l'enfance.)** *La Clinique. No. 31. 1888.*

Asthma bei Kindern ist nicht so selten, als der Autor glaubt, und wer viele Fälle von Hypertrophie der Nasenrachentonsille operirt hat, wird gewiss diese Erfahrung gemacht habe. Da der Autor derselben keine Erwähnung thut, so müssen wir annehmen, dass er dies nicht kennt, sonst hätte er offenbar danach gesucht und hätte vielleicht nicht an die Heredität zu appelliren brauchen. BAYER.

36) **Paulsen** (Kiel). **Ueber die Schleimhaut, besonders die Drüsen der Oberkieferhöhle.** *Archiv für mikrosc. Anatomie. XXXII. 1888.*

Zu seinen Untersuchungen benutzte P. Kaninchen, Hunde, Katzen, Ochsen, Kälber, Pferde und Hammel. Das die Schleimhaut der Highmorshöhle bedeckende Epithel ist überall ein flimmerndes Cylinderepithel und enthält vielfach Becherzellen. Drüsen hat P. nie vermisst, doch waren sowohl ihre Zahl, als ihre Formen sehr verschieden. Ausbuchtungen der Ausführungsgänge haben sich vielfach gefunden, so beim Hammel und ganz besonders häufig beim Pferd. Die Mehrzahl dieser Drüsen ist den Eiweissdrüsen zuzurechnen. SEIFERT.

37) **Krieg** (Stuttgart). **Ueber Empyem des Antrum Highmori.** *Medicin. Corresp.-Blatt des Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 34 u. 35. 1888.*

Bericht über 24 Fälle von Empyem des Antr. Highm., von denen 1 Fall (den Autor selbst betr.) an acutem Empyem gelitten hatte. In fast allen Fällen war als Ursache der Erkrankung Caries dentium nachweisbar. In den meisten Fällen (22) hat K. vom Proc. alveolaris aus operirt, selten (2) von der Fossa canina aus, und zwar mit einem gewöhnlichen Laubsägenbohrer, und dann täglich 1—2 Mal ausspülen lassen. 19 von diesen Patienten sind geheilt, 4 ungegeheilt, über einen fehlen weitere Nachrichten. SEIFERT.

38) **Adolph Bronner** (Bradford). **Localbehandlung des Empyems der Highmorshöhle. (The local treatment of empyema of the maxillary sinus.)** *Lancet. 25. August 1888.*

Der Zweck der Arbeit, welche zu Anfang die Ursachen, Symptome und Behandlung des Empyems der Higmorshöhle bespricht, ist zu zeigen:

1. Dass die chronische Form des Empyems des Sinus maxill. häufiger ist, als man gewöhnlich annimmt;
2. dass in vielen Fällen irgendwelche localen Symptome nicht vorhanden sind;
3. dass das Empyem sehr häufig die Ursache der chronischen und recidivirenden, besonders der einseitigen Rhinitis ist;
4. dass das Empyem zu den typischen Symptomen der Ozaena Anlass geben kann;
5. dass es in den meisten Fällen durch eine Erkrankung der Nasenschleimhaut, nicht der Zähne entsteht;
6. dass in den meisten Fällen die leichteste und einfachste Behandlungsmethode die ist, den Sinus vom Innern der Nase aus zu eröffnen, nicht vom Alveolarfortsatz. A. E. GARROD.

39) **Link** (Lemberg). **Casuistische Beiträge zur operativen Behandlung des Empyems der Highmorshöhle nach Prof. Mikulicz.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 31. 1888.*

L. eröffnete in 2 Fällen die Highmorshöhle vom unteren Nasengange her, während schon eine breite Communication mit der Mundhöhle bestand; in beiden Fällen hatte sich nämlich der Eiter durch Zahnfächer seinen Weg in den Mund gebahnt und belästigte eben dadurch sehr, und in einem Falle war der Eiter

sogar unter dem inneren Augenwinkel nach aussen durchgebrochen und die natürliche Communication mit der Nasenhöhle sehr weit. Trotzdem und obwohl man systematische Einspritzungen durch die Zahnfächerfisteln gemacht hatte, konnte man keine Beseitigung des Ausflusses erzielen, bis sich L. entschloss, nach Mikulicz vorzugehen. Die Wirkung war eine sehr günstige; die Zahnfächerfistel schloss sich bald, unter Irrigationen mit Salicylsäurelösungen hörte auch die Eiterung in einigen Monaten auf. Eigenthümlich war der Atherombreiähnliche Inhalt der Highmorshöhle. Nach einem ganz berechtigten Ausfall gegen Störk's Methode der Ausspritzung durch den Ausführungsgang der Highmorshöhle bespricht L. noch die Percussion der Highmorshöhle mit Hilfe eines fingerlangen Holzstäbchens, welches man an den harten Gaumen knapp neben dem 2. Mahlzahn ansetzt. Man kann damit ausfindig machen, ob die Höhle mit Flüssigkeit gefüllt ist. Zum Schlusse möchte L. doch darauf aufmerksam machen, dass man auch von einer Zahnalveole aus die Highmorshöhle zweckmässig ausspritzen kann, so dass nicht bloss das Empyem, sondern auch die Zahnfächerfistel heilt. Wenigstens hat er das in 2 Fällen erreicht. CHIARI.

40) **Nessel** (Prag). **Ein Fall traumatischer partieller Necrose des Oberkiefers mit Durchbruch in die Highmorshöhle.** *Oest.-Ung. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde. Heft 2. S. 145. 1888.*

Infolge einer Zahnextraction, die von einem Kurpfuscher mit einer „Ueberwurfzange" vorgenommen wurde, war die Highmorshöhle in der Gegend der Uebergangsfalte von der Wangenschleimhaut zum Zahnfleisch eröffnet worden. N. extrahirte durch diese Oeffnung 2 necrotische Knochenstücke und fand dann die Highmorshöhle ganz mit Granulationen erfüllt. CHIARI.

41) **Zinsmeister** (Wien). **Eine Orbitalverletzung mit seltenem Ausgange.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 24. 1888.*

Eine Frau hatte sich vor 10 Jahren einen dürren Ast unter der Mitte der oberen Augenhöhlenrandes in die linke Augenhöhle gestossen und erlitt davon eine 1 Ctm. lange Hautwunde. Es entstand Schwellung der Augenlider, Schmerz und Fieber, bis 10 Tage nach der Verletzung Eiterausfluss eintrat. Derselbe währte noch 2 Monate und hörte dann auf. Jetzt besteht über dem linken Auge ein 2 Ctm. langer Spalt, der in eine mit Schleimhaut ausgekleidete von Knochen umgebene Höhle führt; durch den Spalt kann die Frau Luft einziehen und heraustreiben. Es handelt sich also hier um einen nach vorne offenen Sinus frontalis. Die Schleimhaut dieses Sinus hatte keine Geruchsempfindung, dagegen sehr feines Tastgefühl. Durch Kitzeln konnte kein Niessen ausgelöst werden. Operation wurde nicht ausgeführt, da die Kranke von dem Defecte nicht belästigt wurde.

Z. fand in der Literatur noch 2 ähnliche Fälle Gaz. des hôpitaux. 1872. 31 und Berl. klin. Wochenschr. 1887. 3 von Spillmann und Jurasz. CHIARI.

42) **Schutter** (Gröningen). **Beitrag zur Casuistik des Stirnhöhlenempyems.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 10. 1888.*

Sch. glaubt, die Entleerung der Secrete der Stirnhöhle durch Sondirung von

der Nase aus sei bisher zu wenig geübt worden und führt zur Erläuterung der Thatsache, dass dies möglich sei, zwei Krankheitsfälle an. Da die eingespritzte Flüssigkeit zuweilen nicht abfliesst, sondern stärkere Schmerzen verursacht, so empfiehlt Sch. die Canüle mit einem Doppelgebläse zu versehen; durch den erhöhten Luftdruck wird dann der Eiter sofort herausgeschleudert. SCHECH.

43) **H. C. Dalton. Chronische Nasopharyngitis mit Ausbreitung der Entzündung in den Sinus frontalis. Trepanirung; Heilung. (Chronic naso-pharyngitis with extension of the inflammation to the frontal sinus. Trephining; recovery.)** *St. Louis Med. und Surg. Journal. September 1888.*

Patient hatte seit einem Jahre einen Catarrh mit profusem Ausfluss aus der Nase gehabt Schliesslich klagte er über heftigen Schmerz in der Stirn und die Gewebe der Stirn zeigten sich ödematös. Der linke Sinus frontalis wurde durchbohrt, indem man den Knochen durchmeisselte, und es entleerte sich eine Menge Eiter. Der Sinus wurde mit Borsäure ausgewaschen, die Oeffnung mit einem Bausch ausgestopft und ein antiseptischer Verband angelegt. In wenigen Tagen war die Communication zwischen dem Sinus und der Nasenhöhle durch das Infundibulum wieder hergestellt, und man konnte nun durch den Canal reichliche Waschungen und Drainirung vornehmen. Nachdem die Behandlung einige Wochen fortgesetzt worden war, schloss sich die künstliche Oeffnung und heilte. Der Zustand des Patienten hatte sich sehr gebessert. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

44) **Kikuzi. Zwei Fälle von Stirnhöhlen-Osteom.** Beiträge zur klinischen Chirurgie. Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Tübingen. III. 3. 1888.

In den 2 in der Klinik von Bruns beobachteten Fällen von Osteom der Stirnhöhle gelang die Radikaloperation mit gutem Erfolge, in dem einen Falle war die Heilung eine vollständige. Diese Erfolge wurden dadurch erzielt, dass die den Tumor einschliessende Knochenkapsel in hinreichendem Umfange abgetragen und dann die Geschwulst an ihrer Insertion abgesprengt wurde.

SEIFERT.

c. Mundrachenhöhle.

45) **Schwartz** (Pest). **Zwei Fälle von primärem Rachenerysipel nach Blattern.** *Pest. med. chir. Presse. No. 32. 1888.* Auszug aus *Orvosi Hetilap. No. 23. 1888.*

In einem Falle bestand das Erysipel des Rachens 5 Tage und im 2. Falle 2 Tage, bevor es sich auf das Gesicht ausbreitete. In beiden Fällen begann das Rachenerysipel nach der Abtrocknung der Pusteln und zwar 6—19 Tage später, und dürfte dasselbe von einer kaum geheilten Pustel des Rachens ausgegangen sein, was um so seltener stattfindet, je rascher ja bekanntlich die Efflorescenzen an der Schleimhaut heilen. CHIARI.

46) **Jacobson** (Petersburg). **Algosis faucium leptothricia.** *Volkmann's Sammlung klin. Vorträge. No. 317. 8. VIII. 1888.*

Die Bezeichnung der Algosis faucium leptothricia schlägt J. vor für die Affection der Rachen-, Schlund- und Zungenwurzelschleimhaut, welche bisher

meist unter dem Namen der Mycosis tonsillaris benigna geführt wurde. Auf Grund der Literaturangaben und eigener (11) Beobachtungen, deren Geschichte kurz angeschlossen ist, entwirft J. das klinische Bild der Algosis (Phycosis) faucium leptothricia.

Von Interesse sind die Mittheilungen über die Culturversuche, welche mit den aus den Krypten der Mandeln entfernten weissen Massen angestellt wurden. In $^3/_4$ der Fälle sollen sich bei den Culturversuchen Reinculturen von Leptothrix buccalis auf Kartoffeln entwickelt haben. Mit Interesse erwarte ich übrigens die versprochenen ausführlichen Mittheilungen über diese Züchtungsversuche, da es anderen Autoren und mir nicht gelungen ist, auf Kartoffeln oder anderen Nährböden Reinculturen von Leptothrix b. zu erhalten.

Auch in Bezug auf Therapie weicht J. von den bisher bekannten Erfahrungen ab, ihm haben Gurgelungen mit Sublimat 1 : 2000 und mechanische Beseitigung der Pfröpfe zufriedenstellende Resultate ergeben, während Andere mit solcher Behandlung wenig glücklich waren. SEIFERT.

47) **Ziem. Zur Entstehung der Peritonsillitis. Bemerkungen über Perichondritis des Kehlkopfes.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 9. 1888.*

Z. glaubt 2 Fälle beobachtet zu haben, bei denen die Peritonsillitis von einer Eiterung der Nasen- resp. Kieferhöhle ausging; die Fortleitung des Entzündungsprocesses geht in solchen Fällen durch das Tuber maxillare resp. die hintere Wand des Sinus längs der Gefässverästelung; auch entspringt der die Tonsille von aussen begrenzende Musc. cephalopharyngeus mit mehreren Zacken vom Tuber maxillare. Schliesslich hält Z. es nicht für unmöglich, dass Empyeme der Kieferhöhle längs des Halses sich fortpflanzend auch zu Perichondritis des Kehlkopfes Anlass geben können. SCHECH.

48) **J. J. Reid. Suppurative Tonsillitis mit Uebertritt des Eiters in das Mediastinum und Pleura. Tod. (Suppurative tonsillitis with passage of pus into the mediastinum and pleura. Death.)** *Med. and Surg. Reporter. Philadelphia, 29. September 1888.*

Der Fall war wegen der Schwierigkeit der Diagnose bemerkenswerth. Es bestand eine Schwellung in der Nähe des Unterkiefers, welche in Verbindung mit cariösen Zähnen zur Vermuthung führte, dass sie die Phlegmone veranlasst hätten. Die Autopsie ergab Abscesse in beiden Mandeln, besonders in der linken, welche zerbröckelt war und dadurch den Eiter in das Gewebe des Halses und, entsprechend dem Verlauf der tiefen Fascie, in das Mediastinum eindringen liess. Man fand auch Eiter in der linken Pleurahöhle. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

49) **Chas. Grabham** (Pontefract). **Die Behandlung der Tonsillitis mit Natrium salicylic. (The treatment of tonsillitis by salicylate of sodium.)** *Practitioner. April 1888.*

G. empfiehlt sowohl das Natr. salicylic. als auch Natr. bicarb. bei acuter Tonsillitis. A. E. GARROD.

[illegible]

verständiger Wärter ist

um die ganze Angelegenheit

„allgemeine Anästhesie“

empfindlichen Patienten.

53) **J. M. E. Seatliff** (Brighton). **Nächtlicher Schreck und Aufschreien bei einem Kinde, geheilt durch Ausschneidung der Mandeln. (Night terror and screaming in a child, cured by removal of the tonsils.)** *Lancet. 6. October 1888.*

Der Titel erklärt den Inhalt. Patient war ein 7jähriger Knabe.

A. E. GARROD.

54) **Werner** (Markgröningen). **Heftige Nachblutung nach Behandlung einer hypertrophischen Mandel mit dem Thermokauter.** *Medicin. Correspondenz-Blatt des Württemberg. ärztl. Landesvereins. 31. October 1888.*

Bei einem 31jährigen Manne war vor 5 Tagen eine Cauterisation der Tonsillen vorgenommen worden. Es trat dann eine sehr heftige Blutung aus der rechten Tonsille auf, die nur durch tagelang fortgesetzte Compression der Carotis gestillt werden konnte.

SEIFERT.

55) **J. Tuthill. Ein Unfall in Folge von Abbeissen der Fingernägel. (An accident from biting the finger-nails.)** *New-York Med. Record. XXXIV. 5. 1888.*

Patientin, eine junge Dame, klagte über einen beständigen Reiz im Halse. Die Untersuchung zeigte einen kleinen fleischig aussehenden Gegenstand, ungefähr von der Grösse eines Weizenkorns, der mit einem Ende in dem hinteren Gewebe der linken Tonsille steckte. Die anderen Theile des Halses waren normal. Die kleine Masse konnte mit einer mit Watte bedeckten Sonde nicht abgelöst werden; mit Hülfe einer Zange wurde sie aber leicht entfernt. Die Untersuchung ergab, dass es ein Stück eines Fingernagels war, welches mit einer käsigen Auflagerung bedeckt war. Ein anderes abgebrochenes Nagelstück wurde an derselben Stelle mit einer scharfspitzen Sonde von unterhalb der Schleimhaut entfernt. Pat. gestand, dass sie die Gewohnheit hatte, die Fingernägel abzubeissen und konnte sich ferner erinnern, dass sie ein oder zwei Tage vor dem Beginn ihrer Halsschmerzen ein Nagelstück, welches sie abgebissen hatte, im Mund verloren hatte. Nachdem es jedoch einen Hustenanfall erregt hatte, hatte sie dies vergessen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

56) **J. G. Carpenter. Der Missbrauch der Uvulo- und Tonsillotomie; Verlängerung der Uvula und Hypertrophie als Folgen des chronischen Nasenrachencatarrhs. (The abuse of uvulotomy and tonsillotomy; elongation of the uvula and hypertrophied tonsils sequels of chronic naso-pharyngeal catarrh.)** *Gaillard's Medical Journal. New-York, September 1888.*

Die Verlängerung des Zäpfchens und die Hypertrophie der Tonsillen sind fast ausnahmslos die Folge chronisch catarrhalischer Entzündungen der oberen Luftwege. Man sollte daher vor der Operation stets versuchen, dieselben local und innerlich 10 Tage oder 2 Wochen lang zu behandeln, in der Hoffnung und Erwartung, die Operation umgehen zu können.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

57) **Ruault** et **Rendu. Syphilitischer Schanker der Tonsille. (Chancre syphilitique de l'amygdale.)** *Soc. clinique de Paris. 8. März 1888.*

Der Fall von Ruault betraf einen Studenten, der inficirt wurde, nachdem er aus einem schmutzigen Glas getrunken hatte.

Der Fall von Rendu betrifft einen Arbeiter, der auf dieselbe Weise inficirt wurde.

E. J. MOURE.



58) **B. Fränkel** (Berlin). **Die Behandlung der Pharyngitis chronica.** *Therapeut. Monatshefte. No. 11. 1888.*

Es ist dem Autor als ein grosses Verdienst anzurechnen, dass er in einer vielgelesenen Monatsschrift in klarer übersichtlicher Darstellung seine Grundsätze, nach denen er sich bei der Behandlung der Pharyngitis chronica richtet, niederlegt. Wenn irgendwo, so passt gerade für diese so ungemein häufig vorkommende Krankheitsform der Satz, dass die Behandlung nur dann Erfolg verspricht, wenn der Arzt nach sorgfältigster Untersuchung sie dem Einzelfalle anzupassen versteht. Leider wird gerade hier nicht nur von jungen Aerzten, sondern auch von erfahrenen Praktikern und leider muss man es gestehen, auch von Specialisten nach der Schablone gearbeitet. Möchte doch Jeder, dem Fälle von Pharyngitis zur Behandlung kommen, diesen Aufsatz von F. recht gründlich durchsehen und sich insbesondere den Satz zu Herzen nehmen, dass der Nase und dem Nasenrachenraum bei der Behandlung der Pharyngitis eine ganz besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden müsse. SEIFERT.

59) **Houtang. Erweichtes Gummi des Pharynx, einen Retropharyngealabscess vortäuschend. Incision. Heilung durch eine specifische Behandlung. (Gomme ramollie du pharynx simulant un abscès rétropharyngien. Incision. Guérison par le traitement spécifique.)** *Ann. des mal. de l'or. etc. Februar 1888.*

Der Titel zeigt, worum es sich handelt. E. J. MOURE.

60) **Bouchet** (St. Etienne). **Malum Pottii retropharyngeale inferius. (Mal de Pott rétropharyngien inférieur.)** *La Loire méd. No. 4. 15. April 1888.*

Die Diagnose wurde bei der Autopsie gestellt. Der Abscess, meint Verf., sass zu tief, als dass man ihn hätte sehen können. Man dachte jedoch nicht daran, eine laryngoscopische Untersuchung vorzunehmen. E. J. MOURE.

61) **Kaurin** (Norwegen). **Ein Fall von Pharynxtuberculose. (Et tilfaelde af farynxtuberculose.)** *Medicinsk Revue. December 1888.*

Ein 22jähriges Mädchen wurde am 29. März 1888 in's Spital aufgenommen. Seit Mitte Januar schmerzhafte Schluckbeschwerden, die stetig zunahmen, so dass Pat. in der letzten Zeit beinahe nicht mehr schlucken konnte; sie vermochte nur flüssige Nährmittel zu sich zu nehmen und auch diese wurden sehr häufig durch die Nase regurgitirt. Objectiv wurde die hinterste Partie des Velum palati, die ganze Uvula, beide Gaumenbögen und Tonsillen, sowie theilweise die hintere Schlundwand ulcerirt gefunden. Die Ulcerationen, die oberflächlicher Natur waren, hatten ein granulirtes Aussehen. Ausser einer Verdickung der Epiglottis und der Schleimhaut des Introitus laryngis, sowie der Lig. vocal. spuria war der Larynx normal. Die Auscultation zeigte keine Infiltration der Lungenspitzen, und dieser negative Befund war noch vorhanden, als die Patientin marastisch $3^1/_2$ Monate nach dem Anfange der Krankheit zu Grunde ging. In dem kranken, mittelst eines Spatels durch Abschabung gewonnenen Ulcerationsgewebe des Pharynx wurden Massen von Tuberkelbacillen nachgewiesen. — Die Obduction wurde leider nicht gestattet; der postmortale Beweis für das Vorhandensein einer primären Schlundtuberculose in diesem Falle wurde daher nicht beigebracht. SCHMIEGELOW.



62) **Desmartin. Pharyngo-tympanitis. (Pharyngo-tympanite.)** *Soc. d'anatomie et Phys. de Bordeaux. 26. März 1888.*

D. giebt diesen Namen der Entzündung der Tuba und der Paukenhöhle. Er spricht unzweifelhaft von der Myringitis. E. J. MOURE.

d. Diphtheritis und Croup.

63) **F. E. Waxham. Bericht über Intubation. (Report on intubation.)** *Journal of American Med. Association. X. 24. 1888.*

W. hat in den letzten Jahren Berichte über 1072 Operationen in den Vereinigten Staaten mit 287 Heilungen, d. h. 26,77 pCt., gesammelt. Von seinen eigenen 105 Fällen genasen 41, d. h. 27,33 pCt. Das Durchschnittsalter war 3 Jahre 11 Monate. Das Durchschnittsalter der Genesenen war 4 Jahre 3 Monate; das der Gestorbenen 3 Jahre 8 Monate. Um ein Eindringen der Nahrung in die Luftröhre zu verhüten, ersann W. eine metallene, an die Röhre befestigte Epiglottis. Diese wird durch eine Golddrahtfeder regulirt, die in dem Charnier des oberen Endes der Röhre eingeschlossen ist. Sobald Pat. schluckt, wird die metallene Kappe abwärts über die Oeffnung der Röhre gedrückt, und so kann weder Flüssiges, noch Festes in dieselbe eindringen. Um plötzliche Erstickung bei einem Unfalle an der Feder zu verhüten, ist an jeder Seite des Kopfes der Röhre und nahe dem Rande ein Bolzen angebracht. Dies ist von O'Dwyer besonders empfohlen worden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

64) **H. Foster. Intubation des Larynx. (Intubation of the larynx.)** *Kansas City Medical Record. April 1888.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

65) **Saltzmann** (Helsingfors). **Demonstration von O'Dwyer's Instrumenten zur Intubation des Larynx.** *Finnska Läkaresällskapets Standlingar. p. 720. 1888.*

In der sich an die Demonstration anschliessenden Discussion meint Pippingsköld, dass die Tubage nie die Tracheotomie verdrängen könnte, dass sie aber beim Croup, wenn die Tracheotomie aus irgend einem Grunde nicht ausgeführt werden könnte, indicirt sei und dass sie auch bei Oedema glottidis und chronischen Larynxstenosen brauchbar wäre. SCHMIEGELOW.

66) **La Sota y Lastra** (Sevilla). **Wie ist bei der Larynxintubation zu verfahren, um deren Nachtheile zu verhüten. (De la conducta que conviene seguir en el entubamiento de la laringe para evitar sus inconvenientes.)** *El Siglo médico. 24. VI. 1888.*

Verf. giebt eine ausführliche Beschreibung der verschiedenen Phasen der Intubation und bespricht die Vorkehrungen, die man treffen muss, um die sonst gewöhnlich sich einstellenden Uebelstände zu verhüten, als da sind: dass die Röhre in den Oesophagus oder in die Luftröhre geräth, oder dass man beim Herausnehmen der Röhre den Kehlkopf verletzt. Durch jene Vorkehrungen und die Verbesserung der Instrumente, deren Abbildung beigefügt ist, wird die Intubation nach Ansicht des Verf.'s zu einem unschädlichen Eingriff, der eben so gute

oder noch bessere Erfolge giebt, als der Luftröhrenschnitt. (Das Centralblatt hat schon früher über andere Arbeiten des Verf., denselben Gegenstand betreffend, berichtet.) GONGORA.

67) **C. A. H. Moll** (Arnhem). **Larynxtubage. (Tubage van den larynx.)** *Nederl. Maatschr. tot Bevordering der Geneesk. Weekblad van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 7. 1888.*

Der Autor hat 4 Fälle mit der O'Dwyer'schen Methode behandelt und theilt davon einen mit, welcher ein einjähriges Kind betrifft, das an Larynxdiphtherie mit so starker Dyspnoe litt, dass die Tracheotomie nothwendig wurde. Da die Eltern diese verweigerten, so nahm er zur Tubage seine Zuflucht und rettete dann auch das Kind. Er giebt dabei den Rath, den Draht der Canüle durch die Nase nach aussen zu führen und an der Wange zu befestigen, auf Grund seiner in diesem Falle gemachten Erfahrung. BAYER.

68) **Graser** (Erlangen). **Ueber die Intubation des Kehlkopfs.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 38. 1888.*

G. prüfte den von O'Dwyer angegebenen Instrumentenapparat praktisch und kam zu folgenden Schlüssen: Das O'Dwyer'sche Verfahren ist nicht im Stande, die Tracheotomie zu ersetzen, höchstens in leichten Fällen ist dies möglich, in schweren wird aber meist nachher die Tracheotomie doch nöthig; doch pflegt auch hierbei die Intubation zunächst die Beschwerden zu beseitigen. Die Intubation hat vor der Tracheotomie eine Reihe von Vorzügen, wie z. B. die Erreichung der Erlaubniss der Eltern zu der Vornahme derselben, die Ausführung ohne Narkose, grössere Leichtigkeit der Operation, Erwärmung und Reinigung der eingeathmeten Luft. Als Nachtheile sind zu constatiren: die Unzulänglichkeit der Intubation, die Störung des Schluckactes, die leichte Verstopfung und das Heraushusten der Canüle. Immerhin ist die Methode werth, eingehender geprüft zu werden. SCHECH.

69) **Bouchut** (Paris). **Tubage des Larynx. (Le tubage du larynx.)** *Bullet. méd. 2. Mai 1888.*

Nichts Neues. B. freut sich, dass er die Tubage wieder zu Ehren kommen sieht. E. J. MOURE.

70) **D'Heilly. Tubage des Larynx beim Croup. (Tubage du larynx dans le croup.)** *Soc. méd. des hôpitaux de Paris. 27. August 1888. — Bulletin méd. 29. April 1888.*

D'Heilly hält die Methode in allen den Fällen für wirksam, bei denen die Tracheotomie schwierig oder gefährlich ist. E. J. MOURE.

71) **A. E. Hoadley. Tiefe Intubation des Larynx als Ersatz für die Intubation. (Deep tubing of the larynx as a substitute for intubation.)** *Journal of Amer. Med. Association. 26. März 1887.*

O'Dwyer's Absicht war nicht, dass der Kopf der Intubationsröhre innerhalb des Larynx ruhen sollte. Es sollte das Seitenstück vielmehr seitlich und hinten über der Oeffnung in den Larynx hervorragen, indem es auf den Giess-

beckenknorpeln hinten und den aryepiglottischen Falten jederseits ruht, so dass die Epiglottis, wenn sie herabgedrückt wurde, mit der die Oeffnung schliessenden Röhre in Berührung kommt, das Seitenstück aber unten hervorragt. H. hält es für besser, dass der Kopf der Röhre im Larynx ruhe mit dem Seitenstück auf den Taschenbändern und dass der grade Theil der Röhre hinten gegen die hintere grade Wand des Larynx ruht. Er empfiehlt folgende Modificationen der Röhre: 1. Verkürzung derselben bis zur Länge des Larynx. 2. Umgestaltung des Kopfes, so dass er mehr dem inneren oberen Theil des Larynx ähnlich wird. 3. Die obere Fläche des Kopfes der Röhre soll eine Becherform erhalten zu Gunsten der Einführung des Extractors. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

72) **J. W. Pinkham. Bericht über zehn Fälle von Intubation des Larynx nebst einigen Bemerkungen. (Report of ten cases of intubation of the larynx with remarks.)** *New-York Medical Journal. 17. März 1888.*

Eine interessante Mittheilung seiner eigenen Erfahrung, die jedoch nichts Neues enthält, ausgenommen eine Beschreibung und einen Holzschnitt eines „Aspirators“, um Schleimansammlungen oberhalb der Röhre, sobald sie in situ ist, zu beseitigen.

10 Fälle von Intubation mit 8 Todesfällen. LEFFERTS.

73) **W. E. Casselberry. Eine neue Ernährungsmethode in Fällen von Intubation des Larynx mittelst herabhängenden Kopfes auf einer geneigten Fläche. (A new method of feeding in cases of intubation of the larynx in position head downward on an inclined place.)** *Chicago Med. Journal and Examiner. Oct. 1888.*

Am zweckmässigsten ist ein Winkel von 45—90°. Das Kind wird mit seinem Rücken in dem Arm der Wärterin gehalten, die Beine erhoben, der Kopf über dem Arm hängend. Es kann den Schnabel einer Saugflasche nehmen, oder durch eine Röhre aus einem Glas saugen oder mit einem Löffel gefüttert werden. Nachdem man das Gefäss mit der Flüssigkeit aus dem Mund entfernt hat, muss man das Kind veranlassen, 3 oder 4 Mal zu schlucken, bevor man es in aufrechte Lage bringt. Dadurch wird die ganze Flüssigkeit, welche in den Pharynx oder Nasenrachenraum gelangt ist, verschluckt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

74) **Geo. W. Gay. Vergleich der Bedeutung der Tracheotomie und Intubation bei der Behandlung des Croups. (The comparative merits of tracheotomy and intubation in the treatment of croup.)** Eine in der American Surgical Association zu Washington am 20. September 1888 verlesene Arbeit. *Philadelphia Med. News. 29. September 1888.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Intubation kann in allen Fällen von Croup versucht werden.

2. Sie ist vorzuziehen bei jungen Kindern und in Fällen, bei denen die Röhre sich selbst überlassen werden muss.

3. Sie kann auch zur Förderung des Wohlbefindens angewendet werden, wenn der Operateur ziemlich erfahren ist und dies, ohne Collaps hervorzurufen, thun kann. [? Red.].

4. Die Tracheotomie ist in allen Fällen anzuwenden, bei denen die Intuba-

tion nicht möglich ist, oder keine Besserung schafft, oder wenn die Röhre wiederholt ausgeworfen wird oder oft behufs Reinigung entfernt werden muss. Ebenso in den Fällen, bei denen dem Patienten nicht genügende Nahrung gereicht werden kann, während die O'Dwyer'sche Röhre liegt. Endlich dann, wenn der Arzt, der die Röhre einzuführen versteht, entfernt vom Patienten wohnt.

5. Bei der Intubation sollen die Tracheotomieinstrumente im Fall der Noth stets zur Hand sein. LEFFERTS.

75) J. D. Rushmore. **Gedanken über die chirurgische Behandlung der membranösen Laryngitis. (Thoughts on the surgical treatment of pseudomembranous laryngitis.)** *New-York Med. Journal. 19. Mai 1888.*

Die Ansichten des Autors können in Kürze wie folgt wiedergegeben werden:

Die Untersuchung einer grossen Anzahl Fälle von Croup oder Diphtherie, bei denen die Tracheotomie gemacht wurde, stellt es ausser Zweifel, dass es in der grossen Mehrheit der Fälle, unmittelbar nach Einführung der Canüle, gut ging, und dass die Patienten sich besser mit der Canüle befanden, als ohne dieselbe. Eine sehr grosse Anzahl von Patienten ferner sind nicht nur zeitweilig gebessert, sondern sie genesen schliesslich ganz. Wenn wir diese Operation empfehlen, so empfehlen wir ein Verfahren, welches, an Stelle des Zufalles, eine exacte chirurgische Massregel setzt, die in fast allen Fällen ihren Zweck erfüllt. LEFFERTS.

76) Panné. **Tracheotomie beim Croup mit Chloroform und dem langsamen Verfahren. (De la trachéotomie dans le croup avec chloroforme et procédé lent.)** Steinheil, Edit. Paris, 1888.

In einem vorgeschrittenen Fall verwirft P. das Chloroform. Es hat jedoch den Vortheil, dass es die Suffocation beseitigt und langsam mit dem Bistouri zu operiren gestattet. E. J. MOURE.

77) N. Jacobson. **Tracheotomie beim Croup. (Tracheotomy in croup.)** *Buffalo Med. and Surg. Journal. August 1888.*

Verf. hat 22 Mal operirt: 17 Mal wegen acuter Larynxerkrankung mit 5 Heilungen. In 16 Fällen wurde die Operation als letzter Versuch gemacht, nachdem alle anderen Mittel versagt hatten. Die Tracheotomie und Intubation sollen nicht als Rivalen, sondern als sich gegenseitig ergänzend angesehen werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS)

78) J. Borelius (Schweden). **Tracheotomie bei Croup. (Tracheotomie för Croup.)** Operations-Statistik aus dem Allm. und Sahlgrenska Krankenhaus zu Götheborg 1888—1888. *Upsala Läkareförenings Förhandlingar. p. 647. 1888.*

68 Operirte, davon 29 geheilt. Der jüngste Patient war 6 Monat alt; von den Geheilten war der jüngste $9^1/_2$ Monat alt. SCHMIEGELOW.

79) W. Parker. **Warum ist die Tracheotomie bei Kindern erfolglos? (Tracheotomy in children; why unsuccessful?)** Eine Antwort auf Dr. Thom's Arbeit. *Edinburgh Med. Journal. October 1888.*

Thom's Arbeit wurde bereits mitgetheilt und P.'s Beitrag ist im Geiste

einer freundschaftlichen Kritik geschrieben, wie man nicht anders erwartet. Er pflichtet Thom nicht bei, der den Croup des Larynx für etwas von der Diphtherie verschiedenes hält.

P. M'BRIDE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

80) **R. Coën (Wien). Die Hörstummheit und ihre Behandlung.** *Wiener Klinik. No. 7. 1888.*

C., der schon in seinem Werke „Pathologie und Therapie der Sprachanomalien", Urban und Schwarzenberg, Wien und Leipzig 1886, auf diese Erkrankung aufmerksam gemacht, will dieselbe hier näher, besonders in Bezug auf Therapie besprechen. Von früheren Autoren hat nur Kussmaul 4 Beobachtungen ähnlicher Art erwähnt, bei denen es sich um intelligente, gesunde, gut hörende Knaben handelte, die nur einige artikulirte Laute mangelhaft hervorbrachten. C. beobachtete 81 solche Kinder, theils Knaben, theils Mädchen, welche, trotzdem sie gut hörten und intelligent waren, ja trotzdem sie theilweise schreiben und zeichnen konnten, artikulirte Worte theils gar nicht, theils nur mangelhaft aussprechen konnten. Das älteste Kind war 10 Jahre alt. Die Ursache ist eine erbliche Anlage, gesteigert durch traumatische oder psychische Einwirkungen und durch Alkoholmissbrauch. Das Wesen der Erkrankung ist eine functionelle Schwäche des sprachlichen Coordinationscentrums für die richtig gehörten und begriffenen artikulirten Worte. Sie ist entschieden heilbar; C.'s Methode besteht darin, zunächst die mangelhafte Thätigkeit und Schwäche des Gehirns und der Nervenbahnen zu beheben durch Arsen, Eisen, Jod, Electricität, Hydrotherapie und überhaupt durch Kräftigung des Körpers.

Hierauf wird durch Vorweisung bildlicher und plastischer Darstellungen von bekannten Gegenständen und Benennung derselben das Kind eingeübt, sich das betreffende Lautbild gut einzuprägen und zwar mit seinem richtigen Begriffe. Ist so der Ideenkreis erweitert, wird dann zu den eigentlichen Sprachübungen geschritten, indem man Vocale, Diphthonge, Consonanten und später Silben, Wörter und Sätze vorspricht und das Kind dabei besonders auf die Lage der Sprachorgane aufmerksam macht. Es folgen nun eine Reihe von 35 Tafeln, welche die nachzusprechenden Laute systematisch geordnet enthalten. Zur genauesten Absolvirung dieser Tafeln sind 70 Wochen erforderlich, worauf dann der gewöhnliche Unterricht folgen kann.

Daneben muss natürlich für Kräftigung des Kindes immer vorgesorgt werden. C. hat auf diese Weise 29 hörstumme Kinder geheilt, und empfiehlt diese Methode allen Aerzten bestens.

CHIARI.

81) **J. P. Crozer Griffith. Friedreich's Ataxie. (Friedreich's ataxia.)** *Internat. Journal of Med. Sciences. Oct. 1888.*

Nach dem Autor waren Sprachstörungen bei 107 von 143 Fällen vorhanden. Die Articulation ist oft springend und durch plötzliche Pausen unterbrochen, bisweilen scandirend oder verlangsamt. Die Zunge zeigt zuweilen fibrillären Tremor (24 Mal

bei 143 Fällen). Kauen und Schlucken sind selten gestört; bisweilen besteht eine Schwierigkeit in Zurückhaltung des Speichels im Munde. P. Mc BRIDE.

82) **Bloch** (Pilsen). **Ein Fall von Alexie.** *Prager med. Wochenschrift. No. 46. 1888.*

Ich erwähne den Fall nur, weil sich zuerst Aphasie eingestellt hatte, die dann durch Alexie und Agraphie abgelöst wurde. Ueber die Einzelheiten dieses verwickelten Krankheitsfalles muss das Original nachgelesen werden. CHIARI.

83) **Bottey. Hysterische Aphasie, durch hypnotische Suggestion geheilt. (Aphasie hystérique, guérie par la suggestion hypnotique.)** *Soc. méd. prat. de Paris. December 1887.*

Der Titel zeigt an, um was es sich handelt. E. J. MOURE

84) **X. Der Husten und seine Behandlung. (La toux et son traitement.)** *Ecà méd. 29. Juli 1888.*

Der Autor hat besonders den Uterinhusten im Auge. Er empfiehlt speciell Chin. valerian. und die Behandlung des Gebärmutterleidens. E. J. MOURE.

85) **Pirow. Statistik des Keuchhustens.** Inaugural-Dissertation. Kiel, 1888.

Die vorliegende Statistik stützt sich auf die Notizen der Poliklinik in Kiel vom Anfang des Jahres 1865 bis zum Ende des Jahres 1886 mit 1163 Fällen. Von Complicationen und Nachkrankheiten (für uns von Interesse) wurden beobachtet je 1 Mal: eiteriger Catarrh des Kehlkopfes und der Trachea, Diphtherie des Kehlkopfes und der Trachea, Laryngitis crouposa; 3 Mal: Angina catarrhalis. SEIFERT.

86) **Llewellyn Elliot. Narcein beim Keuchhusten. (Narceine in whooping cough.)** *Journal Am. Med. Association. 22. Jan. 1887.*

Es erzeugte die Symptome der Anurie bei einem Kinde ohne Nutzen für den Keuchhusten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

87) **Robert J. Lee** (London). **Keuchhusten. (Whooping cough.)** *Lancet. 2. Juni 1888.*

L. verweist auf den sehr hohen Antheil, welchen der Stickhusten an der Mortalität in London hat und meint, dass die Zeit gekommen sei, ihn auf die Liste der durch die Public Health Act Bills veröffentlichten Krankheiten zu setzen, um die Möglichkeit der Ansteckung zu beschränken. A. E. GARROD.

88) **Dubousquet-Laborderie. Keuchhusten und Antipyrin. (Coqueluche et antipyrine.)** *Bullet. génér. de thérap. 18. April und 15. Mai 1888.*

Von 15 Patienten hat der Autor 11 in 12—16 Tagen geheilt. Die Dosis betrug bei Kindern bis zu 2 Jahren 0,3—1,0 und bei Erwachsenen 1—4 Grm. E. J. MOURE.

89) **Garel** (Lyon). **Krampfhafter, keuchhustenartiger Husten, geheilt durch Zerstäubung mit Methylenchlorür. (Toux spasmodique coqueluchoide, guérison par une pulvérisation de chlorure de méthyle.)** *Annales de l'or. etc. Aug. 1888.*

Es handelt sich um ein 13jähriges Mädchen, das erfolglos mit den verschiedensten üblichen Mitteln behandelt worden war. Der Verf. machte eine

Zerstäubung auf den Nacken und Hals, und in 6 Tagen trat vollständige Heilung ein. E. J. MOURE.

90) **W. E. Briggs. Spray von Vin. ipecacuanhae bei Halshusten. (Wine of ipecacuanha spray in throat cough.)** *Sacramento Med. Times. 11. 7. 1888.*

B. empfiehlt sehr energisch gleiche Theile von Vin. ipecac. und Wasser in einem Dampfinhalationsapparat oder Spray bei Husten in Folge von Halscatarrh und Bronchialaffectionen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

91) **J. McIntyre** (Glasgow). **Bemerkungen über diagnostisch schwierige Larynxfälle nebst therapeutischen Mittheilungen. (Notes of laryngeal cases illustrating difficulties of diagnosis with remarks on treatment.)** *Glasgow Medical Journal. Juli 1888.*

Verf. theilt nur mit, dass er diese Arbeit der Glasgow Southern Med. Soc. vorgelesen habe, worin einige Fälle von Reflexhusten beschrieben seien und die neuesten Behandlungsmethoden besprochen würden. P. Mc BRIDE.

92) **Dees** (Kaufbeuren). **Zur Anatomie und Physiologie des Nervus vagus.** *Arch. für Psychiatrie. XX. 1. October 1888.*

Die Thierversuche und die hieran sich anschliessenden anatomischen Untersuchungen führen den Autor zu dem Schlusse, dass der N. accessorius vagi nicht motorischer Kehlkopfnerv sei, ferner dass der N. laryngeus nervi vagi nicht den M. circo-thyreoideus mit motorischen Fasern versorge, sondern diese Muskel vom R. recurrens n. vagi versorgt werden müssen.

Der centrale Vagus-Glossopharyngeuskern sei das Centrum für die Innervation der Kehlkopfmuskeln. SEIFERT.

93) **Cersoy. Einfluss des Tabakrauchens auf den Nervus vagus. (De l'influence de la fumée du tabac sur les pneumogastriques.)** *Bull. gén. de Thérapeut. 30. Mai 1888.*

Die Berührung des Tabakrauchs mit den Endigungen des Vagus im Pharynx und Larynx erzeugen eine Parese des Nerven, welche sich in Störungen des Herzens, Larynx und Magens äussern. Verf. hat diese Störungen studirt.

E. J. MOURE.

94) **Pillet** (Paris). **Tuberculöse Pleuritis mit Ausbreitung auf den Vagus. (Pleurite tuberculeux propagée au pneumogastrique.)** *Progrès méd. 21. April 1888.*

Patientin war während ihres Lebens aphonisch gewesen. Bei der Autopsie zeigte sich der Larynx gesund; nur der linke Vagus war in ein verdichtetes, nahe einer Caverne gelegenes Gewebe eingeschlossen. E. J. MOURE.

95) **Kirschen** (Kolomea, Galizien). **Ein Fall von secundärer Pneumonie in Folge von Zerrung des Laryngeus superior.** *Wiener med Presse. No. 38. 1888.*

In Folge Würgens am Halse traten bei einer Frau sofort heftige tonische und klonische Krämpfe, Stimmlosigkeit und Unvermögen zu schlucken auf. Die Krämpfe hörten nach 6 Tagen auf Narcotica auf, aber nach 9 Tagen entstand eine Schluckpneumonie, die jedoch ausheilte. K. führt mit Recht die Pneumoien auf Zerrung und zeitweise Lähmung des Nerv. lar. sup. zurück, da in der ersten

Zeit jeder Versuch zu schlucken Husten und Athemnoth hervorrief, und dabei Speisetheile leicht in die Lungen gelangen konnten. CHIARI.

96) **Hooper. Anatomie und Physiologie der Nerv. recurrentes. (Anatomie et physiologie des récurrents.)** *Annal. de l'or. et du larynx. No. 1. 1888.*

Es ist das Ende eines Artikels, der bereits im N. Y. Med. Journal 1887 veröffentlicht wurde. E. J. MOURE.

97) **Frank Donaldson, jr. Bemerkung über die Physiologie der Recurrensnerven.** Aus dem physiologischen Institut der Universität Berlin. **(Note on the physiology of the recurrent laryngeal nerves.** From the physiological institute of the university of Berlin.) *New-York Medical Journal. 17. März 1888.*

Donaldson hatte behauptet, „dass mit schwachen Reizen allein (ohne Aether) Abduction der Stimmbänder eintritt; dass die Abduction allmälig in Adduction übergeht, wenn die Stärke des Reizes zunimmt" und dass endlich „die Reizfrequenz das allgemeine Resultat nicht berührt".

Diese Ansicht hatte Hooper in Frage gestellt, indem er meinte:

„Geringe Reizfrequenz (18—28 in einer Secunde) mit schwachen Strömen bewirkt Oeffnung (der Stimmritze)."

„Wächst die Frequenz (30—40 in einer Secunde), ohne dass sich die Intensität ändert, dann wird Schliessung hervorgerufen" und

„Starke Reizfrequenz erzeugt bei schwachen oder starken Strömen Schliessung." Er schliesst also: „Ich bin geneigt zu vermuthen, dass wenn andere Beobachter mit schwachen Strömen eine Oeffnung der Stimmritze erhalten haben, dies seinen Grund in der zu geringen Anzahl der Schwingungen habe, welche sie anwandten".

Donaldson hat deshalb weitere Untersuchungen angestellt, indem er die geringste und höchste Frequenz feststellte, die er mit 2 Dubois'schen Inductionsapparaten erhalten konnte. Er wandte zuerst einen Apparat an, dessen geringste Frequenz in einer Secunde 20 und dessen höchste 40 war. In beiden Fällen erhielt er Abduction mit schwachen Strömen. Der zweite Apparat hatte in einer Secunde eine Frequenz von 40 resp. 80. Auch mit diesem erhielt er das gleiche Resultat mit dem Unterschied, dass bei sehr schnellen Reizen die Abductorfasern schnell erschöpft werden und an Stelle der Abduction schnell eine Adduction eintritt. Denn die Abductorfasern neigen, wie bekannt, sehr schnell zur Erschöpfung und der Reiz eines Dubois'schen Schlittens ist das energischste Erschöpfungsmittel, das wir anwenden können.

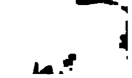
Schliesslich besteht nur eine geringe Differenz zwischen der Wirkung langsamer und schneller Reize auf die Oeffnung der Stimmritze. Der Unterschied ist überhaupt nur ein gradueller insofern als auch bei sehr schneller Frequenz deutliche Abduction erhalten werden kann. Sie erschöpft nur schneller die Abductorfasern und es tritt dann auf Reizung allein Adduction ein.

Deshalb bleibt D. mit voller Zuversicht bei seiner ersten, oben ausgesprochenen Ansicht stehen. LEFFERTS.

98) **Jelenffy (Pest). Beiträge zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der Kehlkopfmuskeln**[1]. I. und II. Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Aerzte in Budapest. *Pester med. chir. Presse. No. 44 u. 45. 1888.*

J. stellt zunächst die Ansicht auf, dass es sich bei der sogenannten Posticus-Lähmung um einen primären Krampf sämmtlicher durch den Recurrens versehenen Kehlkopfmuskeln handle. Die Fixation der Stellknorpel geschieht durch Muskelwirkung u. z. durch die an sie angehefteten Muskeln, während die Bänder des Stell-Ringknorpelgelenkes nichts zur Feststellung des Stellknorpels beitragen und auch nicht als Hypomochlion dienen. Nach J. zerfällt der M. crico-aryt. posticus (wenn ich das mangelhafte Referat richtig verstanden habe) in einen äusseren und inneren Theil; der innere ist ein stimmbildender, der äussere ein Athmungsmuskel, also ein Erweiterer der Stimmritze. Wenn Posticus und Lateralis zugleich sich zusammenziehen, wird der Posticus die Stimmritze nicht öffnen, sondern schliessen helfen und die Stimmbänder spannen. Diese schliessende Wirkung des Posticus wird auch dadurch wahrscheinlich gemacht, dass die unteren Fasern des Transversus und die oberen des Posticus stets in engem Zusammenhange laufen. Es hat mithin der Posticus auch bei der Stimmbildung zu thun, und ist er es besonders, der beim Singen hoher Töne die Stellknorpel nach hinten zieht und aufrichtet. An narcotisirten Thieren konnte J. feststellen, dass der Posticus später gelähmt wurde als die Schliesser. Nach ihm bleibt die Stimme bei Posticuslähmung nicht normal, sondern wird schwächer und tiefer, weil der Posticus die Stimmbänder durch Rückwärtsziehen der Stellknorpel zu spannen hat. Die Verengerung der Stimmritze beim Einathmen, wie sie bei Lähmung der Postici beobachtet wird, führt J. wieder auf Thätigkeit des Posticus (sic!!) zurück, der eben deshalb nicht gelähmt sein könne. Die nach dem Tode constatirte Erschlaffung der Postici ist nach ihm ein Zeichen der übermässigen Anstrengung und nicht der Lähmung; dafür sprechen auch die Fälle, in denen der dauernden Einwärtsstellung der Stimmbänder acute kurz dauernde Spasmen vorhergingen, und die Thatsache, dass bei sogenannter Posticuslähmung dieser Muskel noch elektrisch zur Zuckung gebracht werden konnte. Es handle sich also um einen chronischen Krampfzustand aller Kehlkopfmuskeln. Endlich will er beobachtet haben, dass der Posticus eine grössere Widerstandsfähigkeit besitze als die Schliesser, theilt aber doch wieder die beobachteten Fälle in zwei Klassen ein, nämlich in solche durch den Krampf aller Muskeln bedingte und eigentliche Lähmungen der Postici. Wenn dem Referate zu trauen ist, nimmt also J. schliesslich das Vorhandensein der so erbittert von ihm bekämpften Posticuslähmung doch noch an. Jedenfalls muss man auf eine ausführliche Mittheilung der J.'schen Untersuchungen und Experimente warten, bis man sich entschieden über die Berechtigung seiner Ansichten über Wirkung, Widerstands-

[1] Ueber diese Arbeit sind zwei Referate eingelaufen, dieses und das folgende. Wir bringen sie beide zum Abdruck, weil sie sich nicht vollständig decken, und dem ersten, welches nur nach einem Referate in der Pester med.-chir. Presse angefertigt ist, der Bericht über die sich an den Vortrag anschliessende Discussion beigefügt ist, welcher in dem Bericht über die in der Berliner klin. Wochenschrift erschienene Orginalarbeit natürlich fehlt. Red.



fähigkeit und stimmbildende Thätigkeit des Posticus aussprechen kann. Der Eindruck, den der Vortrag und die Demonstrationen J.'s auf die Zuhörer machten, scheint kein sehr günstiger gewesen zu sein; wenigstens kommt dies in der sich anschliessenden Discussion zum Ausdruck.

Onodi, der seine Untersuchungen ausführlich in einem späteren Vortrage zu erörtern verspricht, will jetzt nur objective Einwendungen machen. So ist es bekanntlich unrichtig, dass die Erregbarkeit der Muskeln in Folge von Abkühlung schneller erlischt, ferner sind J.'s Angaben über die Anheftung der Fasern des Posticus an den Aryknorpel falsch, ebenso wie seine Behauptung, dass der Posticus den Processus vocalis nach innen ziehen kann. Im Gegentheil sprechen alle Beobachtungen gegen Jelenffy. Wir erfahren aus dieser Entgegnung Onodi's, dass im Vortrage viele Punkte erörtert wurden, die im Referate fehlen, so dass wir um so mehr wünschen müssen, bald die Originalarbeit Jelenffy's zu sehen.

CHIARI.

99) **Jelenffy** (Budapest). **Zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der Larynxmuskeln.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 34. S. 680. No. 35. S. 708. No. 36. S. 728. 1888.*

Diese „Studie über die Diagnose bei dauernder Medianstellung der Stimmbänder" bildet zunächst eine Prioritätsreclamation. In der Wiener medic. Wochenschr. vom Jahre 1872 in No. 3 u. 4 hat J. einen Aufsatz „über die Fixation der Giessbeckenknorpel während der Phonation" veröffentlicht und demselben drei Krankengeschichten angeschlossen. Von diesen sind 2 Fälle von Posticuslähmung und ein Fall von „Glottiskrampf". J. will in diesem Aufsatze nachgewiesen haben, dass „bei Verharren des Stimmbandes in der Mittellinie der Lateralis unmöglich gelähmt sein kann, und dass bei Lähmung des Posticus die normale Phonation unmöglich ist". In dem einen Falle, „der nur Krampf sein kann", wird dies dadurch begründet, dass „die Stimmbänder in der Mittellinie stehen, die Phonation ungestört ist, die Arytaenoidknorpel fest aneinander gehalten, die Processus vocales sichtbar und die Stimmbänder spannbar sind". Wegen dieser Mittheilung glaubt J. „schon vor 16 Jahren eine vollständige Erklärung der fraglichen — in Beziehung auf die Posticuslähmung — Symptome gegeben zu haben". Er giebt nun zunächst seine frühere Arbeit ausführlich wieder. Der springende Punkt derselben bezieht sich auf die Fixirung des Giessbeckenknorpels, die nicht durch Bänder, sondern durch Zusammenwirken mehrerer Muskeln erfolge und an der sich ein grosser Theil der Fasern des Posticus auch während der Phonation betheiligen müsse. In Folge dieses Satzes glaubt J., dass in allen Fällen, in denen die Axe des Aryknorpels nicht in einer veränderten Richtung stehe, eine Lähmung des Posticus ausschliessen zu müssen. Ref. kann dieser Schlussfolgerung nicht folgen. Die ganze viel discutirte Frage über die Posticuslähmung, die auch in diesem Blatte schon so oft ausführlich erörtert worden ist, bezieht sich nur auf diejenigen Fasern des Posticus, welche die Oeffnung der Glottis bewirken, und die eine ganz besondere Stellung unter der Glottismusculatur einnehmen. Wenn in dem Muskelbündel, welches wir anatomisch als Posticus bezeichnen, Fasern enthalten sind, die die Fixation des Stellknorpel bei



der Phonation und den Glottisschluss mitbewirken, so gehören diese nicht zu dem physiologischen Muskelcomplex, an den bei der Frage der Posticuslähmung gedacht wird. Wir müssten dann auch für den anatomischen Complex der Posticusfasern eine doppelte Innervation annehmen, um den eröffnend wirkenden z. B. einen respiratorischen Tonus zusprechen zu können.

Um nun zu beweisen, dass seine Ideen den Gordischen Knoten der Posticusfrage mit eins durchhauen, geht J. eine sehr erhebliche Zahl von Publicationen kritisch durch. Er bespricht die Physiologie, die Experimente, den Aethereffect, die Krankenbeobachtungen etc. Dem Ref. ist es unmöglich, diesem Theil der Ausführungen J.'s in einem Auszuge auch nur einigermassen gerecht zu werden. Er verweist deshalb in dieser Beziehung auf das Original, welches in einer weit verbreiteten Wochenschrift Aufnahme gefunden hat und deshalb leicht zugänglich ist. Dagegen mögen die Schlusssätze, in denen der Autor seine Ausführungen zusammenfasst, auch hier Platz finden. Sie lauten: „Ich bitte also die Herren Collegen, meine Angaben streng, aber unbefangen zu prüfen, damit der gezwungene Don-Quixotismus des Kampfes gegen die Fixirung der Aryknorpel während Phonation durch ihre Bänder, endlich wirklich unnöthig und festgestellt werde:

1. Dass die an den hinteren Enden der Stimmbänder wirkende dem Musc. cricothyreoideus die Waage haltende Spannungskraft aus der gleichzeitigen Zusammenziehung der am Aryknorpel sich ansetzenden Musc. cricoarytaenoideus lateralis und thyreo-arytaenoideus externus einerseits, und cricoarytaenoideus posticus andererseits resultirt, indem hierbei

a) der Lateralis die Ansatzstelle (hauptsächlich der inneren Portion) des Posticus als Hypomochlion benützend, den Processus vocalis nicht nur nach innen zu führen sondern den Cricothyreoideus antagonistisch zurückzuhalten, im Stande ist, während

b) der Posticus seinerseits sein Hypomochlion in der Ansatzstelle des Lateralis findend, ebenfalls als Schliesser und directer Spanner des Stimmbandes wirkt.

2. Möchte ich die allgemeine Anerkennung für den Satz gewinnen, dass der Transversus in der Kehlkopfmuskulatur keinen directen Antagonisten besitzt, folglich auch bei den Lähmungszuständen irgend eines derselben nicht in antagonistische Contractur gerathen, sein etwaiger Zustand also nur als Reizerscheinung pathologisch verwerthet werden kann". B. FRAENKEL.

100) **C. M. Desvernine** (Havana). **Ein kritischer und experimenteller Essay über die Spannung der Stimmbänder. (A critical and experimental essay on the tension of the vocal bands.)** *Journal of Laryngology. Februar 1888.*

Ein Auszug aus dieser Arbeit, die in der Laryngologischen Section des IX. Internationalen Medicinischen Congresses verlesen wurde, findet sich in Band IV. des Centralblatts S. 191. A. E. GARROD.

101) **Hermann Krause** (Berlin). **Ueber die Funktionsstörungen des Larynx bei Krankheiten des Centralnervensystems. (On the disturbances of the functions of the larynx in diseases of the central nervous system.)** *Journ. of Laryng. Juli 1888.*

K. beschreibt in dieser Arbeit die Symptome, die er bei einer grossen Anzahl

von Patienten beobachtet hat, welche mit Nervenaffectionen zu seiner Beobachtung kamen.

Bei Chorea wurde ein Zittern der Stimmbänder mit geringer Spannung und Parese der Adductoren, aber niemals choreaartige Bewegungen beobachtet. In einem Fall von Lues spinalis blieb das linke Stimmband fast unbeweglich in der Mittellinie; erlangte jedoch nach einer Schmiercur seine Beweglichkeit wieder: ebenso besserten sich andere vorhandene Paralysen.

Von 6 Fällen von Bleilähmung zeigte einer Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes, nahe der Mittellinie; ein anderer Tremor der Stimmbänder und Parese der Glottisschliesser.

In einem Fall von Gliom des Corpus striatum und des Schläfenlappens mit rechsseitiger Hemiplegie und Aphasie, war das rechte Stimmband in Cadaverstellung.

Bei Hysterie wurden Parese und Anästhesie beobachtet; letztere zeigte sich auch im Larynx in Verbindung mit Railway spine.

In einem Fall von pseudobulbärer Paralyse wurde Larynxparalyse beobachtet und in einem von 4 Fällen mit rechtsseitiger Hemiplegie und Aphasie eine Parese und Anästhesie der rechten Seite.

Bei der progressiven Paralyse wurde Parese angetroffen, gewöhnlich der Adductoren; sehr selten war ein Stimmband paralytisch.

Bei multipler Sclerose besteht oft eine bedeutende Schlaffheit der Stimmbänder.

Bei der progressiven Bulbärparalyse leiden die Larynxmuskeln mit denen des Gaumens und Pharynx, und die Stimmbänder nehmen eine Medianstellung ein: die sogenannten Posticusparalyse. K. glaubt jedoch, dass in vielen Fällen ein Krampf der Glottisschliesser besteht und er führt einen Fall an, welcher seine Ansicht bestätigt.

Bei Tabes dorsalis sind motorische Störungen gewöhnlich und wechselnd: Sie wurden nicht weniger als 13 mal bei 38 Fällen beobachtet, und zwar zeigten sie sich gewöhnlich in den letzten Stadien der Krankheit. Die Paresen und Paralysen kommen oft und gehen; auch Ataxie der Stimmbänder wurde beobachtet.

Larynxkrisen wurden vielfach beobachtet; sie waren durch Krampf der Adductoren bedingt. Nach dem Gebrauch von Cocain war die Erweiterung der Glottis zweifellos.

Wegen der Details dieser interessanten Beobachtungen müssen wir den Leser auf das Original verweisen. A. E. GARROD.

102) **Eisenlohr** (Hamburg). **Zur Pathologie der centralen Kehlkopflähmungen.** *Archiv für Psychiatrie. Bd. XIX. 1888.*

Ein 33jähriger Mann, der früher mit Ausnahme von Erkrankung an Intermittens gesund gewesen war, erkrankte an allmälig zunehmender Heiserkeit mit Hustenreiz und Schlingbeschwerden. Es fand sich hochgradige Aphonie und Schwierigkeit beim Schlucken, complete linksseitige Stimmbandlähmung, Anästhesie der linken Kehlkopfhälfte, Lähmung des linken Gaumensegels und eine Reihe von Störungen im Gebiete linksseitiger Hirnnerven. Pat. ging später an

einer Lungenerkrankung zu Grunde, die Symptome von Seiten der verschiedenen Hirnerven änderten sich gar nicht während des weiteren Krankheitsverlaufes. Bei der Obduction ergaben sich die Residuen eines subacut verlaufenen encephalitischen Krankheitsprocesses in der Medulla oblongata, der seine grösste Ausdehnung oberhalb des Calamus scriptorius im Niveau des Vagus- und des Acusticuskernes hatte. Vor Allem waren die Ganglienzellen des Vaguskernes fast sämmtlich total untergegangen. Die linksseitigen Kehlkopfmuskeln und das linke Stimmband erwiesen sich als hochgradig atrophisch, der linke Recurrens zeigte zahlreiche degenerirte Nervenfasern. SEIFERT.

103) **Schech. Ueber Recurrenslähmungen.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 51. 1888.*

Von den 42 im Laufe der letzten Jahre beobachteten Fällen betrafen Recurrenslähmungen bei gleichzeitiger Lungenerkrankung 7 Fälle; in Folge von Struma 10; dabei 3 bei malignen Neubildungen; in Folge von Oesophaguscarcinom 4 Fälle; in Folge bösartiger Neubildungen der Lunge und des Mediastinum 3, in Folge von Aortenaneurysma 2. In drei weiteren Fällen war die Diagnose auf Aneurysma sehr wahrscheinlich, in einem Falle war Diphtherie vorausgegangen. Rheumatisch-catarrhalische Recurrenslähmungen wurden 7 beobachtet; Verf. erwähnt, dass dem Ausbruche der rheumatischen Lähmung zuweilen neuritische Erscheinungen vorausgehen, wie ja auch das pathologische Substrat solcher Lähmung eine Neuritis ist. Die catarrhalische Form der Lähmung ist nach Verf.'s Ansicht eine neuropathische und keine myopathische; besonders ist es die hintere knorpelfreie Wand der Trachea, von der aus entzündliche Processe auf den Nerven überspringen oder denselben comprimiren. Auch wurden 4 Fälle doppelseitiger Posticuslähmung beobachtet. Die Dauer der heilbaren Lähmungen ist sehr verschieden, die Genesung tritt nur ganz allmälig ein; zuletzt erholen sich die Erweiterer, die auch zuerst geschädigt werden. Abweichend von dem gewöhnlichen Verhalten zeigte sich in einem sehr schweren Falle völlige Unbeweglichkeit des Lig. aryepigl. mit Aspiration desselben bei der Inspiration. Es erklärte sich dies aus der völligen Lähmung des Arytaen. transversus, der meist von dem Recurrens der anderen Seite, sowie dem gleichseitigen Laryngeus superior innervirt wird, in dem betreffenden Falle aber nur von dem Recurrens der einen Seite versorgt wurde. AUTOREFERAT.

104) **Landgraf** (Berlin). **Ein Fall von linksseitiger Stimmbandlähmung im Verlauf einer Pericarditis.** *Charité-Annalen. XIII. 1888.*

Bei einem 24jährigen Hausdiener entwickelte sich im Verlaufe eines Recidivs von Gelenkrheumatismus eine Pericarditis. Als Begleiterscheinung dieser Complication trat eine quälende Dysphagie auf, die durch eine der selten zur Beobachtung kommenden acuten Entzündungen des Oesophagus erklärt wird, welche gleichzeitig mit der Pericarditis als selbstständige Complication des Rheumatismus einsetzte.

Als weitere seltenere Complication der Pericarditis wurde eine linksseitige Stimmbandlähmung beobachtet, welche ihrer Form nach das von Semon urgirte Gesetz, dass bei materiellen, den Recurrens betreffenden Veränderungen zuerst

die den M. cricoarytaenoideus posticus versorgenden Fasern leiden, später erst die übrigen zu den Adductoren gehenden, in ausgezeichnetem Masse illustrirte. Mit dem Rückgang der Pericarditis besserte sich langsam die Stimme.

SEIFERT.

105) E. A. Kemp. **Paralyse des Musc. cricoarytaenoid. posticus durch Verschlucken einer Murmel. (Paralysis of the posticus crico-aryteneid muscle from swallowing a marble.)** *Boston Medical and Surgical Journal. CXVIII. 16.*

Ein 6jähriger Knabe erschien beim Spaziergang etwas unruhig und gab an, dass er etwas Gras verschluckt habe. Er sah blass aus und war nicht ganz bei Bewusstsein. Nach Hause geschafft, blieb er theilnahmlos, ohne Schmerzen zwei Tage hindurch. Dann trat etwas Athemnoth und Heiserkeit beim Husten ein; kein Appetit; Schlaf schlecht. In den nächsten 3 Wochen besserte sich der Zustand etwas; 2 Wochen später aber begann er so zu athmen, als ob die Mandeln geschwollen wären; Nachts war es viel schlimmer. Als K. den Patienten sah, war er reizbar, mager, appetitlos. Die Athmung war beim Wachen ziemlich gut, im Schlaf jedoch sehr geräuschvoll; bei Anstrengung war inspiratorische Dyspnoe vorhanden. Das Laryngoscop zeigte, dass bei der Inspiration die Stimmbänder, anstatt abducirt zu werden, nahezu aneinandergenähert blieben, ja noch mehr zusammengingen, während sich die Glottis bei der Exsipration etwas erweiterte. Der Zustand verschlechterte sich und man zog die Tracheotomie in Betracht, als eines Nachts der Patient in einem Hustenanfall eine Murmel auswarf. Dieselbe war am Orificium oesophagi eingekeilt und drückte so auf die Abductoren. Die Symptome begannen sofort sich zu bessern, und 17 Monate später war der Patient gesund.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

106) Ball (London). **Hysterische Stimmbandaffectionen. (Hysterical affections of the vocal cords.)** *Brit. Med. Journal. 15. December 1888.*

Lehrbuchmässiger Vortrag am 7. December 1888 vor der West London Med.-Chir. Society gehalten. Absolut nichts Neues.

SEMON.

107) J. E. Shadle. **Nervöse Aphonie, geheilt durch den localen Gebrauch von Cocain. (Nervous aphonia, cured by the local use of cocaine.)** *Medical and Surg. Reporter. Philadelphia, 29. September 1888.*

Die Stimmbänder waren in einem Zustand chronischer Congestion und Patient war ausser Stande, dieselben bei der Phonation zu nähern. Die locale Anwendung von Cocain stellte die Stimme sofort wieder her, wahrscheinlich dadurch, dass es die Sensibilität der peripheren Schleimhautnerven herabsetzt und dadurch die Reizbarkeit der Larynxmuskeln beseitigt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

108) W. R. H. Stewart (London). **Zwei Fälle von einseitiger Adductorlähmung des Larynx, reflectorisch von der Nase ausgehend. (Two cases of unilateral adductor paralysis of the larynx due to nasal reflex irritation.)** *Lancet. 13. October 1888.*

Fall I. Eine 38jährige Frau klagte über Aphonie, Verstopftheit der Nase und Stirnkopfschmerz. Ein Uterinleiden bestand nicht. Das Laryngoscop zeigte,

dass das rechte Stimmband sich nicht der Mittellinie näherte, obwohl ein leichter Versuch dazu gemacht wurde. Das linke Stimmband functionirte normal. Die die rechte mittlere Nasenmuschel bedeckende Schleimhaut war hypertrophisch; der Knochen selbst, vergrössert, drückte gegen das Septum. Die Stimme wurde durch den faradischen Strom wiederhergestellt. Die Muschel wurde mit einer Chromsäurelösung gepinselt; daneben wurden ein alkalisches Waschwasser und Tonica verordnet. Es versagte die Stimme jedoch wiederholt und es trat erst vollständige Genesung ein, nachdem die rechte mittlere Nasenmuschel mit der Schlinge entfernt worden war.

Fall II. Patientin, eine 18jährige Frau, hatte fast denselben Zustand; auch nahm der Fall denselben Verlauf und die Heilung erfolgte auf eine ähnliche Operation.

A. E. GARROD.

f. Schilddrüse.

109) a) **George Stoker** (London). **Ein Fall von Kropf. (Case of goitre.)**

110) b) **Lennox Browne** (London). **Fälle von Kropfresection. (Cases of partial extirpation of goitre.)** *Brit. Med. Journal. 1. December 1888.*

Die Fälle wurden der Medical Society of London am 25. November demonstrirt und die Discussion erstreckte sich auf sie gemeinschaftlich.

In dem Stoker'schen Falle wurde ein hühnereigrosser Kropf, der anderen Behandlungsmethoden getrotzt hatte, auf wiederholte, wegen chronischer Rhinitis unternommene Galvanocauterisationen der mittleren Nasenmuscheln völlig rückgängig. St. erwähnte eines zweiten, eben in seiner Behandlung befindlichen, ähnlichen Falles und erklärte das Resultat als die Folge eines durch die Cauterisation auf das vasomotorische System ausgeübten Reflexreizes, welcher Contraction der Blutgefässe der Drüse und Verringerung ihrer Hypertrophie bewirkte.

Mr. Browne zeigte 3 jugendliche Patienten, denen er den Isthmus der Schilddrüse (in einem Falle additionell den rechten Lappen) wegen Kropfs entfernt und hierdurch ihre quälende Dyspnoe beseitigt hatte. Er habe diese Operation jetzt in 10 Fällen, stets mit befriedigendem Erfolge ausgeführt. Die Blutung während der Operation sei gering; in zwei Fällen aber seien störende Nachblutungen aufgetreten. Er sei geneigt zu glauben, dass die Gefahr operativen Myxoedems in Fällen von Totalexstirpation überschätzt würde; da sie aber existire, und es unmöglich sei, vorauszusehen, in welchen Fällen das Myxoedem auftreten würde, zöge er partielle Exstirpation vor.

Der Präsident (Sir William Mac Cormac) empfahl ebenfalls die partielle Exstirpation. — Dr. Hadden verwies Mr. Browne hinsichtlich der Realität der Myxoedemgefahr nach totaler (bisweilen selbst nach partieller) Exstirpation auf den Bericht des Myxoedem-Comité's der Clinical Society. Mr. Pitts äusserte sich einigermassen skeptisch hinsichtlich des Stoker'schen Erfolges und dessen Erklärung. — Mr. Berry gedachte des dem Stoker'schen ähnlichen Hack'schen Falles (vgl. Centralblatt III. S. 218) und sprach sich gegen Totalexstirpation der Schilddrüse aus. — Mr. Stoker vertheidigte seine Anschauung, und Mr. Browne gedachte in seiner Antwort noch einmal der starken Blutungen bei Kropfexstirpationen.

SEMON.

111) **Segond. Ein Fall von Cystenkropf. (Un cas de goitre cystique.)** *Gaz. des hôp. No. 23. 23. Februar 1888.*

Es handelte sich um eine 36jährige Frau mit einseitigem Kropf. Punction und Injection von Jod ohne Erfolg. Patientin verlangte, da ihr die Luft knapp war, operirt zu werden. S. bespricht die verschiedenen chirurgischen Behandlungsmethoden: die Thyreoidectomia totalis, die antiseptische Incision und die partielle Schilddrüsenexstirpation. Für letztere spricht er sich aus.

E. J. MOURE.

112) **Hinterstoisser (Wien). Beiträge zur Lehre vom Nebenkropf.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 32, 33 u. 34. 1888.*

H. berichtet nach kurzer Uebersicht über die Literatur über zwei Fälle von carcinomatösen Nebenkröpfen und über einen dritten Fall von gewöhnlicher Struma accessoria regionis submaxillaris mit cystöser Degeneration. Die ersten beiden Fälle sind sehr beachtenswerth, da bis jetzt krebsige Degenerationen in Nebenkröpfen nur ausnahmsweise beobachtet wurden. Die Operation des ersten Falles machte, da der Krebs bereits auf Clavicula und Sternum übergegriffen hatte, Resection dieser beiden Knochen und in weiterer Folge Unterbindung der Vena anonyma dextra nöthig; doch gelang Billroth die Exstirpation völlig. Der Kranke genas und hatte nur an verminderter Kraft des rechten Armes zu leiden. Die Operationen in den beiden anderen Fällen gingen glatt vor sich. Die Diagnose wurde erst bei der Operation gemacht, wenn man auch die Möglichkeit des Vorhandenseins eines Nebenkropfes einmal in Betracht gezogen hatte. Der mit grosser Sachkenntniss und Genauigkeit gegebene histologische Befund kennzeichnet die zwei krebsigen Tumoren als alveoläres und papilläres Carcinom der Nebenschilddrüse. H. schreibt diesem Krebs wenig Infectiosität zu und führt als Kennzeichen der Krebse der Nebenschilddrüsen an: Ihre Abgeschlossenheit von anderen drüsigen und epidermoidalen Organen, ihren der Schilddrüse entsprechenden drüsigen Bau mit atypischer Epithelwucherung, ihr rasches Wachsthum, ihr Uebergreifen auf die Umgebung und ihre Recidivfähigkeit.

CHIARI.

113) **Audebert. Acute Entzündung der Schilddrüse beim Typhus und Blutcyste derselben; einfache Punction; Heilung. (Thyroïdite aigue typhoïde et kyste hématique du corps thyroïde; ponction simple; guérison.)** *Journal de méd. de Bordeaux. 27. Mai und 15. Juli 1888.*

Der Titel bezeichnet den Inhalt.

E. J. MOURE.

114) **J. Cameron. Ein Fall von Kropf mit Fluorwasserstoffsäure behandelt. (A case of bronchocele treated by fluoric acid.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Juli 1888.*

Ein Kropf bei einem 16jährigen Knaben mit bedrohlichen Symptomen, wie stridulösem Athmen, Cyanose etc., verkleinerte sich sehr stark beim innerlichen Gebrauch von Acid. fluoric. (15 Tropfen einer $^1/_2$ proc. Lösung) innerhalb weniger Wochen, wobei sich die schweren Symptome besserten. Das Mittel wurde indess [illegible] Monate lang fortgegeben, wodurch die Schilddrüse fast zur Norm zurück- [illegible] ohl nunmehr das Mittel eingestellt wurde, ging die Verkleinerung



dennoch weiter vor sich. Wenn auch die Allgemeinernährung beim Gebrauch dieses Mittels ein wenig litt, so dient dies, nach C., keineswegs zur Erklärung der deutlichen localen Wirkung, die er in diesem und in einem anderen Falle studirt hat. M'BRIDE.

115) **Kummer. Injection von Jodtinctur in cystische Kröpfe. (Injection de teinture d'jode dans les goitres kystiques.)** *Société de méd. de Strasbourg. 5. April 1888.*

Der Titel besagt, um was es sich handelt. In der Discussion empfiehlt Boeckel dieses Verfahren beim parenchymatösen Kropf; bei Cysten zieht er die antiseptische Incision oder die Exstirpation der Tasche vor. E. J. MOURE.

116) **T. Mark Hovell** (London). **Die Behandlung des Cystenkropfs. (The treatment of cystic goitre.)** *Lancet. 11. Februar 1888.*

H. empfiehlt in dieser Arbeit die von Morell Mackenzie 1872 eingeführte Behandlung, welche in Punction der Cyste und Injection einer Lösung von Ferr. sesquichl. durch die Canüle einer Spritze besteht. Man lässt die Canüle eine gewisse Zeit liegen, um die Cyste in einen chronischen Abscess zu verwandeln.

Er giebt eine ausführliche und sorgfältige Instruction zur Ausführung dieser Operation, zur Auswahl der zweckmässigen Stelle für die Einführung des Troearts und der Instrumente, welche hierfür am besten passen, und beschreibt das ganze Verfahren mit allen Details. Es schildert ferner die Vorsichtsmassregeln bei der Nachbehandlung und das beste Mittel, um eine wirksame Drainage der Cyste zu erhalten. Diese Instructionen können unmöglich in einem kurzen Auszug zusammengefasst werden; man muss sie daher im Original studiren.

Schliesslich führt er zwei Fälle an, die diese Behandlungsmethode erläutern. Hierauf bespricht er die anderweitigen Behandlungsarten mittelst Ausschälen und Incidiren unter antiseptischen Cautelen mit Anheftung der Ränder an die Haut und Auskratzen. Beide Methoden stehen seiner Meinung nach gegen die Mackenzie'sche zurück.

In den Hauptlehrbüchern der Chirurgie herrscht eine grosse Meinungsdifferenz über diesen Gegenstand, und H. meint, dass er nicht die Aufmerksamkeit gefunden hat, die er verdient. A. E. GARROD.

117) **Decressac. Hydatidencyste der Schilddrüse. (Kyste hydatique du corps thyroïde.)** *Soc. d'anat. de Paris. 29. Juni 1888.*

D. zeigt die Präparate dieser in der Schilddrüse selbst sehr selten vorkommenden Affection vor. E. J. MOURE.

g. Oesophagus.

118) **E. T. Painter. Strictur des Oesophagus. (Oesophageal stricture.)** *Pittsburgh Med. Review. September 1888.*

Die Untersuchung des Oesophagus mit einer Bougie zeigte die Existenz eines Bandes, welches das weitere Vordringen des Instrumentes hinderte, bis die Strictur freiwillig nachgab; alsdann glitt das Bougie leicht in den Magen. Weder der Durchmesser der Bougie, noch die Biegsamkeit der Röhre, noch Ge-

walt schien auf das Passiren durch den einschnürenden Ring Einfluss zu haben. Der galvanische Strom, local angewendet, brachte sehr entschiedene Besserung. Der einschnürende Ring besteht fort, die Reizbarkeit ist jedoch geschwunden.
LEFFERTS.

119) Dethy. **Fall von Oesophagusstenose. (Sur un cas de rétrécissement de l'oesophage.)** *Archives Méd. Belges. Nov. 1888.*

Die Stenose war durch Trinken von caustischer Kalilösung (Esprit de Savon) hervorgerufen worden. Es wurde eine Besserung durch Sondiren mit der Olivensonde herbeigeführt, wovon noch die Einführung von No. 3 gelang. BAYER.

120) Wolff (Gothenburg). **Zur Behandlung der Oesophagusverengerungen mittelst Dauercanülen.** *Therap. Monatsh. 11. 1888.*

W. empfiehlt eine Modification der von Leyden-Renvers empfohlenen Dauercanülen für die Behandlung der Oesophagusstricturen, die darin besteht, dass die leitenden Enden des zur Einführung nöthigen Mandrins aus festem bei Körperwärme weich werdenden Materiale (englischem Bougiemateriale) gefertigt sind. SEIFERT.

121) T. D. Davis. **Allmälige Dilatation der Stricturen des Oesophagus. (Gradual dilatation of oesophageal strictures.)** *Journal Am. Med. Association. 25. Aug. 1888.*

D. kommt zu dem Schluss, dass 1. zu viel Gewicht auf die krampfhafte Strictur des Oesophagus gelegt wird, dass 2. die Bougie frühzeitig eingeführt werden sollte, um eine Erweiterung des Oesophagus oberhalb der Strictur zu verhüten, dass 3. die allmälige Dilatation der rapiden vorzuziehen sei.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

122) J. Nasilow (Petersburg). **Oesophagotomia et Resectio oesophagea endothoracica.** *Wratsch. No. 24. 1888.*

Verf. will dem unteren Theil des Oesophagus vom Rücken aus beikommen. Er macht einen langen Schnitt parallel dem inneren Scapularrande, eine Handbreit von den Proc. spinosi, durch die Haut und die Musculatur und resecirt 4 Rippen. Will man dem oberen Theil des Oesophagus beikommen, so mache man den Schnitt links und resecire die 3.—6. Rippe; sitzt das Leiden im unteren Theil der Speiseröhre, so gehe man von rechts ein und resecire die mehr unteren Rippen. Darauf löst Verf. mit der Hand die Pleura ab, sucht nun zwischen der Art. aorta, den Venae azygos und hemiazygos, den Nervi vagi und dem Ductus thoracicus den Oesophagus auf und umfasst ihn mit einem stumpfen Haken. Handelt es sich um ein Carcinom, so kann man reseciren, steckt ein Fremdkörper im Oesophagus, so kann man ihn einfach eröffnen. Diese Operation haben ein Hund und eine Leiche ganz gut vertragen. LUNIN.

123) Terrillon. **Gastrotomie wegen Strictur des unteren Endes des Oesophagus. (Gastrotomie pour rétrécissement de l'extrémité inférieure de l'oesophage.)** *Soc. de chirurg. Paris, 9. Mai 1888.*

Der Titel besagt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.



124) **Verneuil** (Paris). **Epitheliom des Oesophagus. (Epithelioma de l'oesophage.)** *Le praticien. 5. März 1888.*

Gelegentlich eines Falles von Epitheliom des Oesophaguseingangs bei einer 59jährigen Frau bespricht V. die Symptome der Affection und verweilt bei der Behandlung. Er verwirft die Exstirpation wegen ihrer Gefahren und prüft der Reihe nach die Palliativmittel, über welche die Therapie gebietet: Verweilsonde durch die Nase; Gastrotomie, die beim Oesophaguskrebs gefährlich ist.

E. J. MOURE.

125) **Plicque. Kritische Studie über die Behandlung der krebsigen Stricturen des Oesophagus. (Etude critique sur le traitement des rétrécissements cancereux de l'oesophage.)** *Annales de l'oreille etc. August 1888.*

Die Erweiterung ist unwirksam oder gefährlieh; die Gastrotomie giebt eine ·hr hohe Sterblichkeit.

Der Gebrauch von Verweilsonden, lang oder kurz, scheint dem Autor noch die vorzüglichste Methode zu sein.

E. J. MOURE.

126) **E. Hodenpyle. Epitheliom des Oesophagus. (Epithelioma of the oesophagus.)** *New-York Med. Record. XXXIII. 26. 1888.*

Es wurde der Pathological Society das Präparat gezeigt. Pat. war 36 Jahre alt gewesen, und zwei Monate, nachdem die ersten Symptome bemerkt worden waren, gestorben.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

III. Kritiken und Besprechungen.

a) **Bericht einer Commission der Londoner klinischen Gesellschaft, welche am 14. December 1883 niedergesetzt wurde, um die Frage des Myxoedems zu erforschen. (Report of a Committee of the Clinical Society of London nominated December 14, to investigate the subject of Myxoedema.)**

In der Sitzung der London Clinical Society vom 23. November 1883 wies zuerst F. Semon auf die grosse Aehnlichkeit der Symptome der kurz vorher von Kocher beschriebenen Cachexia strumipriva und des, bis dahin fast nur in England beobachteten Myxödems hin und stellte die Hypothese auf, dass das Myxödem, die Cachexia strumipriva und der Cretinismus einer gemeinsamen Ursache, nämlich dem Verlust der Function der Schilddrüse ihren Ursprung verdankten. Schon in den ersten Mittheilungen über beide Erkrankungen wurde ausserdem die Aehnlichkeit mit manchen Formen von Cretinismus betont. Wenige Wochen später erwählte die genannte Gesellschaft ein aus 13 Mitgliedern bestehendes Comité zur genaueren Untersuchung dieses ebenso interessanten, wie für die chirurgische und interne Pathologie wichtigen Gegenstandes.

Der Bericht dieses Comités erschien, nachdem das Myxödem mittlerweile auch ausserhalb Englands beobachtet und allbekannt geworden war, zu Ende des vorigen Jahres als Supplement zum 21. Band der Clinical Societys Transactions,

daneben als selbstständiges 215 Seiten starkes Buch, äusserst reich ausgestattet von der Verlagshandlung Longmans, Green and Co., London.

Ausser einer grossen Zahl dem Texte beigegebenen Tafeln mit Abbildungen von anatomischen und mikroscopischen Präparaten, von Photographien Myxödemkranker u. s. w., enthält dasselbe in 10 Tabellen sämmtliche Fälle von Myxödem, nach den Namen der Autoren geordnet, mit einer kurzen Angabe über Erscheinungen, Verlauf und Behandlung der Krankheit.

Den Bericht selbst leitet eine kurze historische Uebersicht über die wichtigsten Daten in der Geschichte des Myxödems und der Cachexia strumipriva ein. Ein zweiter Abschnitt bringt basirend auf 109 Fällen eine genaue Analyse der klinischen Erscheinungen und die bis jetzt versuchte Therapie.

Ein Subcomité, bestehend aus den Herren Cavafy, Goodhart und Hadden schildert weiterhin nach eigenen und fremden Untersuchungen den anatomischen Befund, den 5 Tafeln zum Theil in Farbendruck illustriren. Hieran schliesst sich die chemische Untersuchung (Halliburton) einzelner Organe, der Se- und Excrete Myxödemkranker, sowie der bei den bekannten Experimenten Victor Horsley's benutzten Affen auf Mucin an.

Eines der interessantesten Capitel bildet die von Horsley bearbeitete Physiologie und Pathologie der Schilddrüse, ein Muster sachgemässer, parteiloser Kritik.

Mit die mühsamste Aufgabe fiel F. Semon zu. Durch ein in 115 Exemplaren an sämmtliche Chirurgen, von denen bekannt war, dass sie Kropfoperationen ausführten, versandtes Circular sammelte derselbe alle noch nicht in der Literatur bekannten Fälle von totaler und partieller Entfernung der kropfigen Schilddrüse. Sein mehr als den dritten Theil des ganzen Werkes umfassender Bericht bespricht auf Grund der Ergebnisse dieser Forschung und des schon bekannten Materials die Resultate jener Operationen und ihre Rückwirkung auf das Allgemeinbefinden. Mehrere Tabellen mit Angabe des Operateurs, des Geschlechtes und Alters der Kranken enthalten die bis zum Februar 1887 bekannt gewordenen Fälle von Cachexia strumipriva. Mit besonderer Vorliebe verweilt der Verf. bei den für die Entstehung dieser Krankheit aufgestellten Hypothesen, speciell der gegenwärtig wieder neu discutirten Baumgärtner's vom kranken Recurrens und Sympathicus, und betont die Gründe für deren Unhaltbarkeit.

Nach einem kurzen, von Ord verfassten, die wichtigsten Punkte nochmals erörternden Resumé kommt das Comité zu nachstehenden Schlussfolgerungen:

1. Myxoedem ist eine bestimmte, wohl charakterisirte Krankheit.

2. Die Erkrankung befällt weit häufiger Frauen, als Männer; die Kranken stehen meist im mittleren Lebensalter.

3. Klinische und pathologische Beobachtungen weisen mit Bestimmtheit darauf hin, dass die einzige, allen Fällen gemeinsame Ursache in einer pathologischen Veränderung der Schilddrüse beruht.

4. Die gewöhnlichste Form dieser Schilddrüsenerkrankung besteht in der Substitution eines zarten Bindegewebes an Stelle des normalen Drüsenparenchyms.

5. Interstitielle Wucherung desselben Gewebes zeigt sich sehr oft auch in



der Haut, weit seltener in den Eingeweiden; augenscheinlich als Folge eines irritativen oder entzündlichen Processes.

6. Während die anatomischen Untersuchungen als Ursache für die Hautveränderungen, für das Ausfallen der Haare und Zähne und für die Volumzunahme des ganzen Körpers eine übermässige Entwickelung des subcutanen Fettgewebes ergeben, geben dieselben keinen Aufschluss über die Störungen der Sprache, der Bewegung und Empfindung, des Bewusstseins und Verstandes, die einen grossen Theil der Symptomatologie des Myoedems ausmachen.

7. Die chemische Untersuchung der verhältnissmässig wenigen verwerthbaren Fälle ergab, dass der Ueberschuss von Mucin in den Geweben nicht so bedeutend ist, wie es nach dem ersten beobachteten Falle schien, dieser Widerspruch aber ist zum Theil dadurch zu erklären, dass die für Myxoedem im Allgemeinen charakteristische Verdickung der Haut im Verlauf der Krankheit bedeutend wechselt und oft kurz vor dem Tode vollständig verschwindet.

8. Der vollständigen Entfernung der Schilddrüse bei Thieren, besonders bei Affen, folgten dieselben auffallenden Symptome, die denen des Myxoedems glichen: diese Experimente wurden unter antiseptischen Cautelen und ohne nachweisbare Verletzung der benachbarten Nerven und der Trachea ausgeführt.

9. Auch bei diesen Experimenten fand sich eine bedeutende Vermehrung des Mucingehaltes der Haut, der fibrösen Gewebe, im Blute und in den Speicheldrüsen, ja, in der Parotis, die normaler Weise gar kein Mucin enthält, fand sich dieselbe Quantität, wie sonst nur in der Submaxillaris.

10. Eine genaue Analyse der Resultate der Schilddrüsenentfernung beim Menschen zeigt, dass sich in einer grossen Zahl von Fällen in der Folge Allgemeinerscheinungen ausbildeten, die vollständig denen des Myödems gleichen.

11. In einer nicht unbedeutenden Zahl von Fällen blieben die Operirten frei von solchen Erscheinungen, diese Immunität aber erklärt sich aller Wahrscheinlichkeit nach durch die Anwesenheit und spätere Entwickelung von Nebenschilddrüsen, oder durch die zufällige unvollständige Entfernung des Hauptorgans, oder endlich durch eine ungenügend lange Nachbeobachtung der Operirten.

12. Von verschiedenen Autoren wurde die Behauptung aufgestellt, dass Verletzungen der Luftröhre, Atrophie derselben, Verletzungen der Nn. recurrentes, Verletzungen des Halssympathicus und endemische Einflüsse die wahre Ursache des experimentellen und operativen Myxödems (Cachexia strumipriva) seien; erstens aber giebt es kein Beispiel, dass bei den zahlreichen und mannigfaltigen Operationen an den verschiedensten Organen und Geweben in der vorderen Halsregion jemals einer anderen, als der Schilddrüsenexstirpation die in Rede stehenden Symptome folgten; zweitens, bei vielen Operationen am Menschen und den meisten, wenn nicht allen Experimenten Horsley's verlief der Eingriff ohne Nebenverletzungen und vollständig aseptisch; drittens, Myxödem folgte der Entfernung der Schilddrüse auch bei Menschen, die nicht in Gegenden wohnten, oder gewohnt hatten, wo sich Cretinismus endemisch findet. Die positiven Beweise dieses Punktes überwiegen deshalb weitaus die negativen und es steht somit fest, dass das Myxödem häufig, sowohl der Exstirpation, als der pathologischen Zerstörung der Schilddrüse folgt.

13. Während, wie unter No. 2 angegeben, Frauen weit häufiger von Myxödem befallen werden als Männer, ist bei der operativen Form desselben ein numerischer Unterschied nicht nachweisbar.

14. Eine allgemeine Berücksichtigung der Symptome und pathologischen Anatomie führt ferner zu der Annahme, dass die Krankheit, die man unter dem Namen Myödem begreift, wenn sie bei Erwachsenen auftritt, in der That dieselbe Krankheit ist, die man als endemischen Cretinismus bei Kindern beobachtet: Myxödem ist wahrscheinlich identisch mit Cachexia strumipriva und es besteht eine sehr nahe Verwandtschaft zwischen Myxödem und endemischem Cretinismus.

15. Während diese drei verschiedenen Zustände mit einer Störung oder dem Verluste der Function der Schilddrüse innig verknüpft sind, ist der Endgrund dieser Störung oder dieses Verlustes gegenwärtig noch nicht klar.

In einem ersten Anhange finden sich schliesslich noch Notizen von Stephen Mackenzie über die Gewichtsverhältnisse der Schilddrüse in verschiedenen Lebensaltern beim männlichen und weiblichen Geschlechte, ein zweiter enthält die vollständige Bibliographie des Myxödems.

Dies die groben Umrisse eines in der medicinischen Literatur einzig dastehenden Werkes. Kein Capitel der chirurgischen und internen Pathologie hat von Seiten einer solchen Zahl der berufensten Fachgenossen jemals eine so vielseitige und eingehende Behandlung erfahren.

Man hat uns in der jüngsten Zeit lediglich durch eine Anzahl dazu noch unvollständig beschriebener Thierversuche ohne jede Berücksichtigung der empirischen beim Menschen gefundenen Thatsachen und ohne jedwede Widerlegung schwerwiegender Gegengründe auf's Neue zu beweisen gesucht, dass die Schilddrüse von der frühesten Lebenszeit an ohne Bedeutung für den thierischen Organismus sei. Allen Denen, die ein gewisses Interesse haben, aus diesem Dilemma herauszukommen, sei obiges Werk zur Lectüre empfohlen. FUHR (Giessen).

b) **Bericht über die American Rhinological Association.** Sechste Jahresversammlung in Cincinnati, 12., 13. u. 14. September 1888.

Die Gesellschaft versammelte sich im Gibson House und wurde um $10^1/_4$ Uhr morgens vom Präsidenten C. H. v. Klein (Dayton, Ohio) eröffnet.

A. B. Thrasher (Cincinnati), der Vorsitzende des geschäftsführenden Comité's, begrüsste in freier Rede die Mitglieder der Gesellschaft in herzlicher Weise nicht nur Seitens des Comité's, sondern auch sämmtlicher Aerzte der Stadt.

Der Präsident v. Klein betonte in seiner Ansprache besonders die Fortschritte der Rhinologie und die Bedeutung, welche diese Specialität in den letzten Jahren gewonnen habe.

Shadle (St. Paul): Chorea des weichen Gaumens in Folge von Hypertrophie und Hyperästhesie der Schleimhaut beider Nasenmuscheln.

Verf. verlas eine Arbeit über diesen Gegenstand: Dass der Ursprung nicht weniger reflectorischer Nervenleiden auf die Anwesenheit krankhafter Processe in dem Nasenrachenraum, mit einem gewissen Grad von Genauigkeit, zurückgeführt werden könne, sei nicht länger zu bezweifeln. Diese Reflexneurosen verschwan-

den, sobald man zweckmässige Massregeln zur Beseitigung ihrer Ursache ergriff. — Das Einzige, worüber die Patientin von Sh. klagte, war eine beständige Contraction und Erschlaffung der Gaumenheber. Jede Contraction zog die Uvula auf- und rückwärts, bis sie die obere und untere Partie des Pharynx momentan berührte. Die Erschlaffung und Trennung der feuchten Schleimhautflächen verursachte einen Ton, wie das schnelle Ticken einer Taschenuhr und hatte auch dieselbe Frequenz. Die junge Dame war sonst von ausgezeichneter Gesundheit, und die körperlichen Functionen waren in bester Ordnung. Die Untersuchung ergab eine Schwellung der Tonsillen mit Symptomen einer Hals- und Nasenaffection. Sie klagte in sehr ausgesprochener Weise über Behinderung der Nasenathmung. Ihre Stimme war schwach, besonders wenn sie beim Singen Kopftöne hervorbringen wollte. Ihre Hauptklage aber war die krampfhafte Bewegung des Velum. Eine Untersuchung des Schlundes ergab deutliche, rhythmische choreaartige Bewegungen des Velum, begleitet von einem eigenthümlichen tickenden Ton, der deutlich in einer Entfernung von 12—15 Fuss von der Patientin hörbar war. Die vordere Rhinoscopie zeigte eine chronische Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln und in einem deutlicheren Grade der mittleren, deren gewuchertes Gewebe einen Druck auf das Septum ausübte und Stenose des mittleren Nasenganges bewirkte. Die Behandlung war hauptsächlich eine chirurgische. Ohne allen Zweifel ist Heilung erzielt worden und ihre Dauer ist gut verbürgt.

Eine Arbeit, betitelt: „Eine kurze Kritik der hauptsächlichsten Behandlungsmethoden der Krankheiten der oberen Luftwege“ von R. W. Wilcox (New-York) wurde nur mit dem Titel verlesen.

T. F. Rumbold (St. Louis): **Aetiologie und Pathologie der Nasenkrankheiten.**

Der Autor bemerkt, dass die Aetiologie der Krankheit von grosser Wichtigkeit ist. Ein richtiges Verständniss ihrer Ursachen und ihres Mechanismus ist das Endziel des Pathologen. Um mit einem gewissen Grad von Klarheit die verschiedenen Veränderungen, welche Platz greifen, zu bestimmen, und zwar von der ersten Erkältung bei einem Kind durch die verschiedenen Stadien der chronischen Rhinitis, muss man nicht nur die Symptome und eine cursorische Beschreibung der pathologischen Anatomie geben, sondern auch ihre Ursachen und den Verlauf studiren, welchen die krankhaften Einwirkungen nehmen, um diejenige äusserste Gegend zu erreichen, wo wir die Symptome der abnormen Function sehen. Nur so können wir eine hygienische und therapeutische Behandlung einleiten.

H. Christopher (St. Joseph Mo.): **Der Einfluss krankhafter Zustände oder Processe des Körpers auf die Localaffectionen.**

Es bestehen viele prädisponirende Ursachen und Processe constitutionellen Charakters, welche mit den Localkrankheiten eng verbunden und die bei der Behandlung zu berücksichtigen sind. Die wichtigsten sind: 1) Diathesen oder constitutionelle Tendenzen mit localen malignen Symptomen oder Ausbruchsstellen. 2) Constitutionelle Tendenzen, begleitet oder nicht begleitet von einer localen krankhaften Wirkung nicht malignen Charakters, wie der scrophulöse



[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

A. G. Hobbs (Atlanta Go.): Chirurgie der gummösen Neubildungen der Nasenhöhlen.

Verf. berichtet vier Fälle. In dem ersten wurde ihm eine Patientin zugeführt, die er wegen Nasenstenose in Behandlung nehmen sollte. Es war eine junge verheirathete Frau, die vor drei Jahren Syphilis gehabt hatte. Sie war in der üblichen Weise behandelt worden, und es zeigten sich im letzten Jahr keine syphilitischen Symptome mehr. Bei der vorderen Rhinoscopie sah man einen purpurrothen Tumor, der das rechte Nasenloch ganz ausfüllte und sich in die linke Nasenhälfte hineindrängte, eine fast vollständige Stenose herstellend. Die Anamnese des Falls und das Aussehen des Tumors liessen ein Gumma vermuthen. Daher kam H. kaum der Gedanke, ihn auf operativem Wege zu entfernen, weil er befürchtete, ein destructives Geschwür zu erzeugen. Er gab der Pat. grosse Dosen Jodkali zugleich mit Hydrarg. bijod. Obwohl diese Behandlung vier Wochen lang fortgesetzt wurde, hatte sie doch nicht den geringsten Erfolg. Hobbs cocainisirte nunmehr mit einem 5proc. Spray die Nasenwege so gründlich als möglich und versuchte, die Blake'sche Schlinge einzuführen, er konnte jedoch den Tumor nicht mit der Schlinge fassen. Er nahm daher einen scharfen Löffel und schnitt grosse Massen des Tumors weg. Die Blutung war sehr gering. Als sie stand, konnte Patientin durch das linke Nasenloch athmen. Es waren vier weitere Sitzungen, in Zwischenräumen von drei Tagen, nothwendig, um die ganze Neubildung zu entfernen: sie sass mit einem breiten Stiel an dem hinteren Theil des Septums. Als die letzten sichtbaren Partikel entfernt waren, wurde die Anheftungsstelle mit dem Galvanocauter geätzt. Es erfolgte keine Ulceration. Nach sechs Monaten war noch kein Recidiv aufgetreten und Patientin erhielt ihre Gesundheit vollständig wieder. Sie wurde noch 6 Monate lang einer antisyphilitischen Kur unterworfen.

A. B. Thrasher: Chirurgische Behandlung des Nasencatarrhs.

Verf. meint, dass es Formen von Nasoncatarrh giebt, die durch interne Behandlung nur gebessert, nicht geheilt werden können. Sobald mechanische Hindernisse das Lumen der Nase beengen, wie Hypertrophien, Hyperplasien oder Neoplasmen, so bietet die Chirurgie den directesten Weg zur Beseitigung derselben.

Zu Beamten für 1889 wurden gewählt; John North (Keokuk, Jowa) zum Präsidenten; Hobbs (Atlanta Ga.) und A. B. Thrasher (Cincinnati) zu Vicepräsidenten; R. S. Knode (Fort Wayne, Indiana) zum Schriftführer und Schatzmeister; N. R. Gordon (Springfield, Ill.) zum Bibliothekar: zu Verwaltungsräthen: Hiram Christopher (St. Joseph Mo.); J. G. Carpenter (Stanford, Ky.); Thomas F. Rumbold (St. Louis) und J. G. Stuclain.

Die nächste Versammlung soll laut Beschluss in Chicago abgehalten werden.

LEFFERTS.



[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang V. Berlin, Juni. 1889. No. 12.

I. Die Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopf-Geschwülste in bösartige, speciell nach intralaryngealen Operationen.

Ergebnisse der Sammelforschung.

(Fortsetzung.)

9. Des folgenden Falles ist bereits von Morelli in der Discussion über den Schnitzler'schen Vortrag bei Gelegenheit der Naturforscherversammlung in Wiesbaden 1887 (vgl. Einleitung zur Sammelforschung, S. 144) Erwähnung gethan worden. In seinem Beitrag zur Sammelforschung ist College Morelli nur in Kürze auf denselben zurückgekommen. Dagegen hat Prof. Navratil (Pest), an dessen Klinik der Fall beobachtet wurde, folgende sehr vollständige Beschreibung desselben eingesandt:

„G. M., 45jähriger Herrschaftsbedienter, wurde im Januar 1879 auf die laryngo-chirurgische Abtheilung des St. Rochus-Spitales zu Budapest aufgenommen. Die Untersuchung ergab bei sonstiger allgemeiner Gesundheit ein multiples Papillom des Larynx. Die einzelnen Gewächse papillärer Form von der Grösse einer Linse bis zu der einer grossen Erbse sassen auf den wahren Stimmbändern und vorderen Commissur. Nach Entfernung mittelst Guillotine wurden sie mikroscopisch als die gewöhnlichen Papillome (jetzt Pachydermia verrucosa, Virchow) diagnosticirt. Weitere Localbehandlung mittelst Sulfas Zinci und Tannin-Einblasungen. Pat. verliess als geheilt das Spital nach einem Monate.

Nach einem Jahre, d. i. Januar 1880, kam er mit einem Recidiv, das ähnlich aussah, nur ein etwas lockereres Gefüge zeigte. Therapie dieselbe, nach 6 Wochen geheilt entlassen.

Abermaliges Recidiv im Februar 1881, die Gewächse haben weichere Consistenz. Die Wucherung hatte ihm beim schnelleren Gehen Athembeschwerden verursacht. Endolaryngeale Entfernung mittelst Guillotine, Nachbehandlung mit Tannin-Insufflationen, entlassen nach 2 Monaten.

Schon Ende December 1881 kam der Pat. mit dem dritten Recidiv. Die Gewächse hatten eine auffallende Grösse und weiche Consistenz, die laryngeale

Schleimhaut zeigte chronischen Reizzustand. Nachdem die Gewächse mit der Guillotine entfernt wurden, habe ich dieselben vom Grunde aus mit dem scharfen Löffel ausgeschabt. Entlassen nach einem Monate.

Jetzt trat ein längerer Stillstand ein, da der Pat. erst nach 2 Jahren im Januar 1883 mit dem 4. Recidiv aufgenommen wurde. Die Consistenz der Gewächse war etwas derber. Operation, Auskratzung und Nachbehandlung wie im vorigen Falle.

Das fünfte Recidiv hatte sich nach 3 Jahren ausgebildet, zeigte im Mai 1886 eine bisher noch nicht erreichte Grösse und hatte bedeutende Stenose im Gefolge. Das Gefüge wie im vorigen Falle. Nun machte ich Pat. den Vorschlag, den Kehlkopf zu spalten und eine von mir in mehreren Fällen mit gutem Erfolge gemachte Operationsmethode machen zu wollen. Die Operation besteht in Laryngofissur und in Abtragung der papillären Wucherungen sammt dem Grundboden, wie ich es seiner Zeit in der Berliner klin. Wochenschrift beschrieb. Pat. verweigerte seine Zusage, und daher wurde wie vorher operirt.

Schon im November 1886 hatte sich Pat. abermals, zum siebenten Mal eingestellt, bei welcher Gelegenheit ich eine bedeutende Veränderung des Kehlkopfinneren fand. Wucherungen nicht von papillärer Form füllten die früher erkrankten Stellen aus. Beide Stimmbänder, die vordere Commissur und hintere Larynxwand gestalteten sich zu grossen, höckerigen. unebenen Tumoren um. Der linke Aryknorpel etwas geschwellt, anchylotisch. Die Tumoren schienen in einanderzufliessen und hatten weicheres Gefüge.

Abmagerung, stenotisches Athmen, die Percussion und Auscultation zeigt über den Lungenspitzen Dämpfung und Rasselgeräusche. Hectisches Fieber 38—39° C.

Nachdem nun die Diagnose auf Lungenphthise gestellt wurde, habe ich von einer Exstirpation der Tumoren umsomehr Umgang genommen, als die stetig zunehmende Athemnoth die Tracheotomie dringend nothwendig machte. Die stetig zunehmende Phthise führte zum Tode des Pat. Anfang März 1887.

Die Section und Analyse in Prof. Scheuthauer's Laboratorium ergab: Carcinoma epitheliale laryngis et tracheae supremae. Phthisis pulmonum cum cavernis et focis gangraenosis. Degeneratio amyl. renum et lienis."

[Die lange Gesammtdauer des Falles — über 8 Jahre —, die Länge der Intervalle zwischen dem dritten und vierten und dem vierten und fünften Recidiv, die allmälig sich vollziehende Umbildung in der äusseren Erscheinung der Neubildung, wie die Ergebnisse der mikroscopischen Untersuchung der ursprünglichen Geschwulst und des Kehlkopfs nach dem Tode — vereinigen sich dazu, um diesen sorgfältig beobachteten und genau beschriebenen Fall als ein typisches Beispiel echten Ueberganges einer ursprünglich gutartigen in eine bösartige Neubildung erscheinen zu lassen.]

10. David Newman (Glasgow). „Ein im Brit. Med. Journal, Vol. I, 1886, p. 815 erwähnter Fall, dessen Präparat im Museum der Glasgow Royal Infirmary aufbewahrt ist. Die primäre Geschwulst im Kehlkopf war ein Papillom und war von Dr. Morell Mackenzie etwa fünf Jahre vor der Zeit entfernt worden, als

der Patient in die Behandlung des verstorbenen Dr. Foulis trat. Letzterer nahm am 30. April 1881 wegen Cancroids die totale Kehlkopfexstirpation vor. Der Patient starb im folgenden Winter an einer acuten Lungenaffection. Das Cancroid entwickelte sich in der Narbe der alten, durch die intralaryngeale Operation gesetzten Wunde."

[Auch dieses Falles ist bereits in der Einleitung wiederholt (S. 137, 139) Erwähnung gethan worden. Dass einer gutartigen Geschwulst hier an derselben Stelle fünf Jahre nach der intralaryngealen Operation eine bösartige folgte, ist unzweifelhaft. Mit dem Berichterstatter selbst aber wird man diese Thatsache wohl weit ungezwungener und richtiger als die Entwicklung einer Narbengeschwulst, denn als Beispiel einer wirklichen „Umbildung" zu deuten haben. Es muss in dieser Beziehung auf die Ausführungen des VII. Abschnitts verwiesen werden.]

11. David Newman (Glasgow). „Der Patient war ein 45jähriger Mann, der bereits vor 6 Jahren an einer Kehlkopfgeschwulst litt (von welcher ich einen Schnitt untersuchte). Dieselbe wurde zu jener Zeit von dem verstorbenen Dr. Foulis entfernt. Innerhalb 6 Monaten recidivirte sie und wurde von neuem mittelst der Zange exstirpirt. Sie recidivirte noch einmal und wurde von mir selbst entfernt. Mikroscopische Präparate aller entfernten Fragmente wurden sorgfältig untersucht und die Diagnose auf Papillom gestellt. 6 Monate nach der letzten intralaryngealen Operation fand ich eine kleine, irreguläre Neubildung ganz nahe der Stelle, wo das primäre Papillom gesessen hatte. Diese Neubildung zeigte indessen sowohl laryngoscopisch wie mikroscopisch die Characteristica des Епitheliоms."

[Aus der „Discussion on Cancer" in der Glasgow Pathological and Clinical Society, in welcher College Newman dieses Falles gedachte (vgl. Separat-Abdruck p. 97) und auf welche er uns verweist, ist nur nachzutragen, dass in allen früher entfernten Fragmenten „das Epithel nirgendwo eine Tendenz zeigte, sich unterhalb seiner normalen Grenzen, d. h. unterhalb der Basalmembran, zu erstrecken", dass das Epitheliom schliesslich das Kehlkopfinnere und die Epiglottis einnahm, und dass der Patient seinem Leiden erlag. — Wenn auch etwas grössere Ausführlichkeit hinsichtlich des ursprünglichen klinischen Befundes, der Daten der Recidive und anderer klinischer Details der Sammelforschung wohl zu Statten gekommen wären, so macht es die Präcision der mikroscopischen Befunde und die Länge des Gesammtverlaufs doch sehr wahrscheinlich, dass es sich in diesem Falle um ein Beispiel echter Umbildung, nicht um eine von Anfang an bestandene Mischgeschwulst gehandelt hat. Mit voller Sicherheit lässt sich dies freilich nicht behaupten.]

12. Schnitzler (Wien.) „Der erste Fall von Umwandlung eines unzweifelhaften Papilloms in Carcinom beobachtete ich vor etwa 12 Jahren bei einem Manne von etwa 56 Jahren. — Entfernung eines haselnussgrossen Papilloms vom rechten Stimmband. Recidiv nach etwa 6 Monaten; abermals Entfer-

von Thost (Hamburg) einer genauen mikroscopischen Untersuchung unterworfen. Ueber das Ergebniss letzterer vgl. Ss. 314, 318 und weiterhin.

Der Patient D. P. aus Tarnopol erkrankte im Jahre 1873 im Alter von 35 Jahren mit Kehlkopfbeschwerden. College Mahl fand ein „zackiges blassröthliches Papillom entlang der unteren Fläche des linken Stimmbandes". Er entfernte dasselbe mit dem Störk'schen Messer. Es trat aber bald ein Recidiv auf und Pat. consultirte nunmehr Prof. Störk, der „einen kugelförmigen, gut isolirten Papillomhaufen an der linken Seite des Larynx, entsprechend dem vorderen Dritttheile des wahren Stimmbandes' fand [1]). Er exstirpirte denselben vollständig mit dem Schlingenschnürer. Etwa zwei Jahre später präsentirte sich ihm der Kranke „mit genau demselben Befunde an der gleichen Stelle". Abermalige Entfernung des Neoplasma mit dem Schlingenschnürer mit gleich gutem Erfolge. „So wurde wiederholt das immer von Neuem recidivirende Papillom operirt, bis der Kranke im Jahre 1883 sich wieder vorstellte. Der Befund war jedoch diesmal ein anderer: der Tumor war sehr gross und sessil geworden, das Papillom war offenbar die Krebsmetamorphose eingegangen." Dem Kranhen wurde die Radicaloperation vorgeschlagen, der er sich anfänglich nicht unterziehen wollte. Er wurde in Wien zunächst von anderer Seite erfolglos galvanokaustisch behandelt und kehrte dann nach Lemberg zurück, wo wegen drohender Suffocation die Tracheotomie vorgenommen wurde. Es stellten sich nunmehr aber heftige Blutungen beim Einführen und Entfernen der Canüle ein, da hierbei „oft ganze Zapfen des nach unten wachsenden Tumors ausgerissen wurden. Pat. ging im Jahre 1884 aufs Neue nach Wien zu Störk. Derselbe führte ihn Prof. Billroth zur Vornahme der Radicaloperation zu, die Billroth aber absolut nicht vornehmen wollte. Pat. kehrte wiederum in seine Heimath zurück. Da aber von neuem heftige Blutungen auftraten und sich zu diesen auch starke Schlingbeschwerden gesellten, nahm Störk am 13. Januar 1885 mit der Unterstützung Gersuny's und anderer Chirurgen selbst die totale Kehlkopfexstirpation vor. Das Resultat derselben war ein ausgezeichnetes. Pat. genas völlig und auch das functionelle Resultat hinsichtlich der Stimme war ein überraschend gutes. Hinsichtlich der Details der Operation und ihrer Folgen muss auf den Originalbericht Störk's verwiesen werden. Soweit bekannt lebt der Pat. noch im gegenwärtigen Augenblicke und ist sein Zustand ein verhältnissmässig äusserst erfreulicher.

[Es ist bereits im V. Abschnitt — vgl. S. 314 — mitgetheilt worden, dass College Thost selbst in diesem Falle, trotz seiner 12jährigen Dauer, auf Grund seiner mikroscopischen Untersuchung eine von Anfang an bestandene Mischform anzunehmen geneigt ist. Der Herausgeber kann hier nur seine an jener Stelle gemachten Einwendungen gegen diese Anschauung wiederholen: er weiss klinisch weder die enorm lange Dauer des Verlaufs, noch die verhältnissmässig langen Zwischenräume zwischen den ersten Recidiven recht mit der Anschauung

[1]) Der Fall ist von Prof. Stoerk unter dem Titel: „Ueber Larynxexstirpation wegen Krebs etc. etc." in der „Wiener med. Wochenschrift", No. 49 u. 50, 1887 ausführlich beschrieben worden. — Die oben im Text zwischen Anführungszeichen gesetzten Sätze sind dieser Schilderung entnommen. Anm. des Herausgebers.



einer theilweisen, primären Bösartigkeit in Einklang zu bringen, und sieht andererseits vom pathologischen Standpunkte keinen Grund, weshalb die von Thost beschriebenen circumscripten Wucherungen des Papillarkörpers (vgl. S. 317) nicht das primäre, die bösartigen Veränderungen nur ein secundäres Element des Falles darstellen sollen. Er möchte daher den Fall als fast sicher in die Kategorie der echten Umwandlung gehörig bezeichnen, eine Auffassung, die sich mit der Anschauung seiner beiden Beobachter deckt.]

16. Der letzte Fall dieser Kategorie ist von B. Tauber (Denver, Colo.) beobachtet und in den „Archives of Laryngology", Vol. III., 1882, S. 362 beschrieben worden. Der Patient war ein 60jähriger, seit 5 Jahren heiserer Mann. Am linken Taschenband und im linken Ventriculus Morgagni befand sich eine grauröthliche, haselnussgrosse Geschwulst, welche die ganze linke und einen Theil der rechten Seite bedeckte. Die Geschwulst wurde vollständig entfernt. Die Fragmente wurden dreimal mikroscopisch untersucht und die histologische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose: Papillom. 18 Monate später kam der Patient in weit verschlimmertem Zustande wieder. Ein von derselben Gegend ausgegangenes Recidiv füllte den ganzen Kehlkopf aus. Die Tracheotomie wurde vorgenommen, und sodann $^7/_8$ der ganzen Neubildung entfernt. Die histologische Untersuchung der entfernten Fragmente zeigte deren Malignität. 6 Monate später erfuhr Tauber von dem behandelnden Arzt, dass der Patient mit allen Zeichen des Kehlkopfkrebses zu Grunde gegangen sei. Die mikroscopische Untersuchung des Kehlkopfs post mortem bestätigte diese Angabe.

[Nach den freundlichen, obiger Schilderung einverleibten Zusätzen des Collegen Tauber zu seiner ursprünglichen, sehr kurzen Beschreibung (vgl. S. 139) dürfte sich im obigen Falle nunmehr wohl kaum eine Einwendung gegen die Auffassung desselben als eines Beispiels von echter Umbildung erheben lassen. Er muss daher jetzt in die Kategorie der „sicheren" eingereiht werden.]

Die obigen sechzehn Fälle repräsentiren in diesem Augenblicke[1]) das gesammte Material, welches unter der Rubrik der „sicheren" oder „wahrscheinlichen" Fälle von Umbildung aufzuzählen war. Dass die einzelnen Fälle aber trotz dieses Titels nichts weniger als gleichwerthig und dass manche derselben nur in Folge der bestimmten Behauptung ihrer Beobachter: dass sie Beispiele maligner Umbildung repräsentirten, — in die vorstehende Kategorie aufgenommen worden sind, ist wiederholt hervorgehoben worden. Der persönlichen Ansicht des Herausgebers zufolge sind nur die Fälle von Aschenbrandt-Seifert (No. 1), Victor v. Bruns-Paul Bruns-Böcker (No. 6), Navratil-Morelli (No. 9), Mahl-Stoerk (No. 15), B. Tauber (No. 16) als „sichere" zu betrachten, wäh-

[1]) Der Herausgeber fürchtet sehr, dass er die Liste dieser Fälle in nächster Zeit durch einen unter seiner eigenen und Dr. Barclay Baron's (Bristol) Beobachtung stehenden zu vermehren haben wird. Da aber die Sammelforschung gezeigt hat, mit welcher Vorsicht man bei der Beurtheilung dieser Fälle zu Werke gehen muss, enthält er sich näherer Angaben, bis der definitive Beweis erbracht worden ist, und wird eventuell die Details in einem Anhange nachtragen.

nung mit Messer und Galvanokaustik. Mikroscopische Untersuchung: gutartiges Neugebilde. Nach abermals 6 Monaten kolossales Carcinom, Tracheotomie."

13. Schnitzler (Wien). „Eine ähnliche Beobachtung (vergl. vorstehenden Fall, Herausg.) machte ich bei einer Frau von 48 Jahren. Die Papillome recidivirten wiederholt. Schliesslich Carcinoma unilat. und Tod."

„Die Beobachtung in beiden Fällen scheint mir unzweifelhaft. Die bösartigen Recidive erfolgten an denselben Stellen, wo vorher die gutartigen Neubildungen sassen."

Auf die Bitte des Herausgebers, die gegebenen Daten, besonders in dem zweiten Falle, weiter zu vervollständigen, da dieselben in obenstehender Form zur Bildung eines eigenen Urtheils kaum ausreichten, hatte Prof. Schnitzler die Güte, folgende Antwort zu senden:

„Ich beeile mich Ihre Anfragen in Betreff der „Sammelforschung" zu beantworten, indem ich meinen kurzen Bericht nach Möglichkeit zu ergänzen suche, obwohl ich befürchten muss, dass auch jetzt noch manche Punkte dunkel bleiben werden, die ich aber zu meinem Bedauern deshalb nicht ganz ausfüllen kann, weil die flüchtigen Skizzen — oder richtiger gesagt — Notizen, die ich seiner Zeit machte, nicht dazu bestimmt waren, später einmal wissenschaftlich verwerthet zu werden und ich Manches einfach aus der Erinnerung ergänzen musste und endlich, weil in nicht allen Fällen „wiederholte" mikroscopische Untersuchungen vorgenommen wurden. Und nun komme ich zu den einzelnen Fällen:

Der erste Fall (ein Nordbahnbeamter K.) ist mir in lebhafter Erinnerung. Die mikroscopische Untersuchung der exstirpirten Neugebildes wurde von Ultzmann (der sich damals noch mit Histologie befasste) vorgenommen und dasselbe als ein unzweifelhaftes gutartiges bezeichnet. Bei der Untersuchung des nach etwa 6 Monaten recidivirten Neugebildes sprach sich U. nicht mehr so bestimmt für ein Papillom — aber auch noch nicht für Carcinom aus; dagegen geschah dies bei der Untersuchung einer kleineren Partie, die ich nach abermaligem Recidiv entfernte. Die Tracheotomie wurde sodann von Hofmokl ausgeführt. Als etwa 14 Tage später aus der Trachealwunde eine ungewöhnlich üppige „medulläre Wucherung" zum Vorschein kam, erklärte Prof. Dumreicher, der sodann pro consilio berufen wurde, dieselbe als Medullarsarcom. Eine mikroscopische Untersuchung wurde jetzt nicht vorgenommen und ich möchte daher für die Richtigkeit dieser Diagnose nicht einstehen. Wollen Sie daher von dieser letzteren bei Ihrer Zusammenstellung insofern absehen, als Sie nur auf den Fall in so weit Rüchsicht nehmen, dass ich das Neugebilde anfangs sowohl klinisch als als mikroscopisch als gutartig (papillomatös), später als bösartig (carcinomatös) ansehen bezw. auffassen musste. Das Gleiche gilt von dem zweiten Falle. Die mikroscopische Untersuchung wurde von Prof. Scheuthauer gemacht und das exstirpirte Stück als gutartig bezeichnet; nach wiederholtem Recidiv zeigte das Neugebilde unzweifelhafte Charaktere des Carcinoms (klinisch)."

[Angesichts der Bestimmtheit, mit welcher diese beiden Fälle von dem Beobachter wiederholt als Beispiele von Umwandlung ursprünglich gutartiger Neubildungen in bösartige angesprochen werden, und angesichts des Mangels an triftigen Gegenbeweisen erschien es selbstver-



ständlich als Pflicht, sie in Kategorie der „sicheren" resp. „wahrscheinlichen" Fälle von Umbildung aufzunehmen. — Der Herausgeber kann aber nicht umhin zu bemerken, dass bei der Kürze des Verlaufs durchaus nicht ausgeschlossen ist, dass es sich, wie im Krieg'schen Falle, um von Anfang an bestandene Mischformen gehandelt hat, die unter dem Bilde des Papilloms auftraten. Der negative Ausfall der anfänglichen mikroscopischen Untersuchungen kann nach den Auseinandersetzungen des V. Abschnitts nicht als Gegenbeweis dieser Ansicht betrachtet werden. — Selbstverständlich soll damit nicht bestritten werden, dass es sich in beiden Fällen in der That um ächte Umbildung gehandelt haben mag; doch muss der Herausgeber gestehen, dass seinem persönlichen Gefühl nach beide mehr in die Rubrik der „zweifelhaften" als in die der „sicheren" gehören.]

14. Albert Seeligmann (Karlsruhe), hat den Fall eines 48jährigen Patienten beobachtet, der ein Jahr vorher am Kehlkopf zu leiden begonnen hatte. Auf dem linken Stimmbande zeigten sich zwei kleine, breit aufsitzende, warzenförmig aussehende, nach oben zugespitzte Papillome. Bei Berührung beide beweglich. Mit Ausnahme einer leichten Röthung des linken Stimmbandes war das Innere des Larynx unverändert. Bei Papillome wurden in einer Sitzung mit der Quetschpincette entfernt und der Galvanocauter auf die Ansatzstellen applicirt. Die entfernten Geschwülste wurden von Operateur mikroscopisch untersucht und als gutartige Papillome erkannt. Schon nach sechs Wochen gutartiges Recidiv, ebenso nach weiteren zwei Monaten Dieselben befanden sich aber stets an anderen Stellen als da, wo die ursprüngliche Neubildung gesessen hatte. Zwei Monate nach der letzten intralaryngealen Operation traten zahlreiche Neubildungen, mit viel breiterer Basis aufsitzend, als die anfangs entfernten, an verschiedenen anderen Stellen des Kehlkopfinneren auf. Die mikroscopische Untersuchung verschiedener herausgenommener grösserer Fragmente zeigte deren bösartige Natur. Da bei dem raschen Wachsthum Suffocationserscheinungen auftraten, erschien dem Beobachter bei der Malignität der Neubildung die Kehlkopfexstirpation indicirt. Patient wurde von Prof. Czerny (Heidelberg) bei einem Erstickungsanfall tracheotomirt, und drei Wochen später die totale Exstirpation des Kehlkopfs vorgenommen. Nach weiteren drei Wochen erlag der Patient einer Schluckpneumonie. Die mikroscopische Untersuchung der Neubildung auf der Heidelberger Klinik bestätigte Seeligmann's Diagnose.

[Wenn auch bei der Schnelligkeit, mit welcher der ganze Process sich abspielte, der Gedanke an eine von Anfang an vorhandene Mischgeschwulst nicht ganz von der Hand gewiesen kann, so fehlen doch bestimmte Anhaltspunkte für eine solche Auslegung, während andererseits natürlich nicht bestritten werden kann, dass sich eine Umwandlung in verhältnissmässig kurzer Zeit vollziehen mag. Der Fall wird daher als wahrscheinlich in die Kategorie der ächten Umwandlungen gehörig bezeichnet werden müssen.]

15. Der folgende Fall wurde in seinen Anfangstadien von Mahl (Lemberg), später von Stoerk (Wien) beobachtet, und der schliesslich exstirpirte Kehlkopf

von Thost (Hamburg) einer genauen mikroscopischen Untersuchung unterworfen. Ueber das Ergebniss letzterer vgl. Ss. 314, 318 und weiterhin.

Der Patient D. P. aus Tarnopol erkrankte im Jahre 1873 im Alter von 35 Jahren mit Kehlkopfbeschwerden. College Mahl fand ein „zackiges blassröthliches Papillom entlang der unteren Fläche des linken Stimmbandes". Er entfernte dasselbe mit dem Störk'schen Messer. Es trat aber bald ein Recidiv auf und Pat. consultirte nunmehr Prof. Störk, der „einen kugelförmigen, gut isolirten Papillomhaufen an der linken Seite des Larynx, entsprechend dem vorderen Dritttheile des wahren Stimmbandes' fand[1]). Er exstirpirte denselben vollständig mit dem Schlingenschnürer. Etwa zwei Jahre später präsentirte sich ihm der Kranke „mit genau demselben Befunde an der gleichen Stelle". Abermalige Entfernung des Neoplasma mit dem Schlingenschnürer mit gleich gutem Erfolge. „So wurde wiederholt das immer von Neuam recidivirende Papillom operirt, bis der Kranke im Jahre 1883 sich wieder vorstellte. Der Befund war jedoch diesmal ein anderer: der Tumor war sehr gross und sessil geworden, das Papillom war offenbar die Krebsmetamorphose eingegangen." Dem Kranhen wurde die Radicaloperation vorgeschlagen, der er sich anfänglich nicht unterziehen wollte. Er wurde in Wien zunächst von anderer Seite erfolglos galvanokaustisch behandelt und kehrte dann nach Lemberg zurück, wo wegen drohender Suffocation die Tracheotomie vorgenommen wurde. Es stellten sich nunmehr aber heftige Blutungen beim Einführen und Entfernen der Canüle ein, da hierbei „oft ganze Zapfen des nach unten wachsenden Tumors ausgerissen wurden. Pat. ging im Jahre 1884 aufs Neue nach Wien zu Störk. Derselbe führte ihn Prof. Billroth zur Vornahme der Radicaloperation zu, die Billroth aber absolut nicht vornehmen wollte. Pat. kehrte wiederum in seine Heimath zurück. Da aber von neuem heftige Blutungen auftraten und sich zu diesen auch starke Schlingbeschwerden gesellten, nahm Störk am 13. Januar 1885 mit der Unterstützung Gersuny's und anderer Chirurgen selbst die totale Kehlkopfexstirpation vor. Das Resultat derselben war ein ausgezeichnetes. Pat. genas völlig und auch das functionelle Resultat hinsichtlich der Stimme war ein überraschend gutes. Hinsichtlich der Details der Operation und ihrer Folgen muss auf den Originalbericht Störk's verwiesen werden. Soweit bekannt lebt der Pat. noch im gegenwärtigen Augenblicke und ist sein Zustand ein verhältnissmässig äusserst erfreulicher.

[Es ist bereits im V. Abschnitt — vgl. S. 314 — mitgetheilt worden, dass College Thost selbst in diesem Falle, trotz seiner 12jährigen Dauer, auf Grund seiner mikroscopischen Untersuchung eine von Anfang an bestandene Mischform anzunehmen geneigt ist. Der Herausgeber kann hier nur seine an jener Stelle gemachten Einwendungen gegen diese Anschauung wiederholen: er weiss klinisch weder die enorm lange Dauer des Verlaufs, noch die verhältnissmässig langen Zwischenräume zwischen den ersten Recidiven recht mit der Anschauung

[1]) Der Fall ist von Prof. Stoerk unter dem Titel: „Ueber Larynxexstirpation wegen Krebs etc. etc." in der „Wiener med. Wochenschrift", No. 49 u. 50, 1887 ausführlich beschrieben worden. — Die oben im Text zwischen Anführungszeichen gesetzten Sätze sind dieser Schilderung entnommen. Anm. des Herausgebers.



einer theilweisen, primären Bösartigkeit in Einklang zu bringen, und sieht andererseits vom pathologischen Standpunkte keinen Grund, weshalb die von Thost beschriebenen circumscripten Wucherungen des Papillarkörpers (vgl. S. 317) nicht das primäre, die bösartigen Veränderungen nur ein secundäres Element des Falles darstellen sollen. Er möchte daher den Fall als fast sicher in die Kategorie der echten Umwandlung gehörig bezeichnen, eine Auffassung, die sich mit der Anschauung seiner beiden Beobachter deckt.]

16. Der letzte Fall dieser Kategorie ist von B. Tauber (Denver, Colo.) beobachtet und in den „Archives of Laryngology“, Vol. III., 1882, S. 362 beschrieben worden. Der Patient war ein 60jähriger, seit 5 Jahren heiserer Mann. Am linken Taschenband und im linken Ventriculus Morgagni befand sich eine grauröthliche, haselnussgrosse Geschwulst, welche die ganze linke und einen Theil der rechten Seite bedeckte. Die Geschwulst wurde vollständig entfernt. Die Fragmente wurden dreimal mikroscopisch untersucht und die histologische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose: Papillom. 18 Monate später kam der Patient in weit verschlimmertem Zustande wieder. Ein von derselben Gegend ausgegangenes Recidiv füllte den ganzen Kehlkopf aus. Die Tracheotomie wurde vorgenommen, und sodann $^7/_8$ der ganzen Neubildung entfernt. Die histologische Untersuchung der entfernten Fragmente zeigte deren Malignität. 6 Monate später erfuhr Tauber von dem behandelnden Arzt, dass der Patient mit allen Zeichen des Kehlkopfkrebses zu Grunde gegangen sei. Die mikroscopische Untersuchung des Kehlkopfs post mortem bestätigte diese Angabe.

[Nach den freundlichen, obiger Schilderung einverleibten Zusätzen des Collegen Tauber zu seiner ursprünglichen, sehr kurzen Beschreibung (vgl. S. 139) dürfte sich im obigen Falle nunmehr wohl kaum eine Einwendung gegen die Auffassung desselben als eines Beispiels von echter Umbildung erheben lassen. Er muss daher jetzt in die Kategorie der „sicheren“ eingereiht werden.]

Die obigen sechzehn Fälle repräsentiren in diesem Augenblicke[1]) das gesammte Material, welches unter der Rubrik der „sicheren“ oder „wahrscheinlichen“ Fälle von Umbildung aufzuzählen war. Dass die einzelnen Fälle aber trotz dieses Titels nichts weniger als gleichwerthig und dass manche derselben nur in Folge der bestimmten Behauptung ihrer Beobachter: dass sie Beispiele maligner Umbildung repräsentirten, — in die vorstehende Kategorie aufgenommen worden sind, ist wiederholt hervorgehoben worden. Der persönlichen Ansicht des Herausgebers zufolge sind nur die Fälle von Aschenbrandt-Seifert (No. 1), Victor v. Bruns-Paul Bruns-Böcker (No. 6), Navratil-Morelli (No. 9), Mahl-Stoerk (No. 15), B. Tauber (No. 16) als „sichere“ zu betrachten, wäh-

[1]) Der Herausgeber fürchtet sehr, dass er die Liste dieser Fälle in nächster Zeit durch einen unter seiner eigenen und Dr. Barclay Baron's (Bristol) Beobachtung stehenden zu vermehren haben wird. Da aber die Sammelforschung gezeigt hat, mit welcher Vorsicht man bei der Beurtheilung dieser Fälle zu Werke gehen muss, enthält er sich näherer Angaben, bis der definitive Beweis erbracht worden ist, und wird eventuell die Details in einem Anhange nachtragen.

rend den Fällen von Beschorner-Prinz (No. 4), Boecker (No. 5), Fano (No. 7), Michel (No. 8), Newman (No. 11), Seeligmann (No. 14) besser das Prädicat der „Wahrscheinlichkeit" zukommt, die beiden Fälle Schnitzler's (No. 12 u. 13) als „zweifelhaft", die Fälle Bayer's (No. 2) und Newman's (No. 10) als „Narbengeschwülste" aufzufassen sind und der Fall Beschorner's (No. 3) wahrscheinlich gar nicht in die Kategorie der „Umbildungen" gehört.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

a. Allgemeines und äusserer Hals.

1) **Aerztlicher Bericht des öffentlichen Bezirks-Krankenhauses in Sechshaus für das Jahr 1887.** Eigener Verlag. Wien, 1888.

Von diesem fleissig gearbeiteten Berichte soll nur das auf unser Fach Bezügliche besprochen werden. — Croup kam bei 14 Kindern zur Beobachtung, von denen 5 starben; die Behandlung bestand ebenso wie bei Diphtherie in Einathmungen von 1 procent. Lösungen von Hydrogen. hyperoxydat. und Verabreichung derselben Lösung 2stündlich in der Dose von 4—5 Grm., Auspinselungen mit Borglycerin und bei Stenosenerscheinungen in Vornahme der Tracheotomie, welche 10 Mal gemacht wurde mit 4 Todesfällen. An Diphtherie litten 46 Kinder, starben 24; von 29 Tracheotomirten starben 19; 37 Mal wurde die tiefe Tracheotomie vorgenommen.

Von anderen Erkrankungen seien nur kurz erwähnt: ein Fall von Carcinoma inoperabile palati mollis und zwei Fälle von Schnittwunden des Kehlkopfes und der Luftröhre, die nach Naht verheilten. Ein wegen Glottisödem Tracheotomirter genas. Eine Frau, welcher der Chirurg des Krankenhauses, Dr. Schopf, die Struma exstirpirt hatte, erlag einer Pneumonie. CHIARI.

2) **Köhler** (Berlin). **Bericht über die chirurgische Klinik des Geh. Rath Bardeleben pro 1887.** *Charité-Annalen. XIII. 1888.*

Aus diesem Bericht ist zu erwähnen 1 Fall von Carcinoma linguae (Recidiv), Excision, Heilung; 1 Fall von Schnittwunde am Halse (Suicidium) mit Eröffnung der Luftröhre, Tracheotomie, nach 1 Monat mit Schornsteincanüle zur Abtheilung für Geisteskranke verlegt. 4 Fälle von Oesophagusstrictur. SEIFERT.

3) **W. Cheatham. Bericht über Laryngologie. (Report on laryngology.)** *Americ. Practitioner and News. Louisville, 18. August 1888.*

Es werden die Topica bei der Localbehandlung der Larynxphthise, die Intubation des Larynx und die partielle und totale Exstirpation des Larynx wegen Carcinoms besprochen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

4) **Labougle. Notiz über eine Arteria thymica, entspringend aus der Thyreoidea media von Neubauer. (Note sur une artère thymique provenant de la thyroïdienne moyenne de Neubauer.)** *Journal de méd. de Bordeaux. No. 32. 11. Mai 1888.*

Diese, bei einem 32jährigen Erwachsenen beobachtete Arterie befand sich auf dem Wege der Atrophie. E. J. MOURE.

5) **Wagner. Ueber traumatische Lähmungen des Halssympathicus.** Inaugural-Dissertation. Würzburg, 1888.

Bei einem 15jährigen Bauernburschen wurde wegen Struma die Unterbindung der Art. thyr. sup. et inf. auf beiden Seiten vorgenommen, bei der Aufsuchung der Art. thyr. inf. dextr. drang man zu weit vor, wobei wahrscheinlich eine Continuitätstrennung des N. sympathicus erfolgte. Es stellte sich nämlich in den Tagen nach der Operation ein: Myosis und Ptosis, Verminderung des intraoculären Druckes, Injection und Temperatursteigerung der gelähmten Gesichtshälfte, vermehrte Speichelsecretion, während Störungen der Schweisssecretion fehlten. SEIFERT.

6) **G. Sims Woodhead. Die Aetiologie der Geschwülste. (The etiology of tumours.)** *Edinburgh Med. Journal. Juli 1888.*

In dieser Arbeit wird die Aetiologie der Tumoren allgemein besprochen, eine Materie, die ausserhalb unserer Discussion liegt. W.'s Beobachtungen über die relative Verwandtschaft des Epithelioms mit dem Bindegewebe der Zunge (d. h. der gesunden) im höheren Alter sind indessen von grossem Interesse. Er betont, dass das Bindegewebe zu dieser Periode dünner ist und dass die „Masse der Epithelzellen, anstatt einfach zu sein, wie bisher (d. h. bei jugendlichen Personen, Ref.), jetzt verzweigt sind: Kleinfingergleiche Fortsätze gehen von der Hauptmasse abwärts in das Bindegewebslager, so dass man fast glauben kann, man untersuche ein Epitheliom, besonders wenn, wie das in einigen Fällen vorkommt, kleine Zellnester in dem verdickten Epithel sich bilden." P. McBRIDE.

7) **W. Briggs. Enormes Osteochondrom, seit 22 Jahren bestehend. Exstirpation. Heilung. (Enormous osteochondroma of 22 years growth. Removal. Recovery.)** *St. Louis Medical and Surgical Journal. August 1888.*

Der Tumor (wo sass derselbe? Red.) verursachte grosse Deformität, Verlust der Sprache und Unfähigkeit, feste Nahrung zu nehmen. Bei der Exstirpation hatte er circa $7^1/_2$" im Durchmesser; der Umfang an der längsten Partie betrug 23". Er war anscheinend durchweg solid. Patient machte eine gute Genesung durch und die Entstellung wurde sehr vermindert. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

8) **Le Dentu (Paris). Maligner Tumor der Regio subhyoidea. (Tumeur maligne de la région subhyoïdienne.)** *Société de chir. de Paris. 13. Juni 1888.*

L. D. demonstrirt einen Tumor, dessen Charakter er später nach der mikroscopischen Untersuchung mittheilen wird. Die Operirte war eine Frau von 71 Jahren. E. J. MOURE.

9) **Delorme. Phlegmone suprahyoidea. (Phlegmon sushyoïdien.)** *Société de chir. Paris, 9. Mai 1888.*

D. liest 3 Beobachtungen diesser Affection vor. E. J. MOURE.



10) **Alfred Carpenter** (Croydon). **Einige leichte Halsaffectionen, ihre Natur und Behandlung. (Some slight throat affections, their nature and treatment.)** *Practitioner. April 1888.*

C. beschreibt Fälle, bei denen auf die Heilung von Angina Schwellung anderer Organe mit Fieber folgte, wie Pneumonie und Nephritis. In einem Falle fand er Nierenaffection, Pneumonie, dann Icterus und schliesslich rheumatisches Fieber. Diese Fälle enden oft tödtlich.

C. ist geneigt, diese Fälle mit einem specifischen Gift, wie z. B. dem diphtheritischen, in Verbindung zu bringen. Er empfiehlt den localen Gebrauch von Chinin, Schwefel- oder Holzkohlenpulver auf die Mandeln, ferner Injection der genannten Mittel in die Nasenhöhlen, häufige Besprühung des Halses mit Kali hypermangan., und innerlich Natr. sulfocarbolic. in Dosen von 0,3, alle 4 Stunden, so lange das Fieber andauert. A. E. GARROD.

11) **Jonathan Hutchinson** (London). **Ueber seltene Krankheiten und ungewöhnliche Symptome. (On rare diseases and exceptional symptoms.)** *British Med. Journal. 9. Juni 1888.*

H. bringt die Abbildungen zweier grosser Tumoren des Halses, welche das Factum bestätigen, dass das Wachsthum der Tumoren oft ein sehr schnelles ist im Verhältniss zu dem Umfang, den sie erlangt haben, d. h. im Verhältniss zu der Anzahl der zelligen Elemente. A. E. GARROD.

12) **Bender** (Düsseldorf). **Ueber Lupus der Schleimhäute.** *Vierteljahrsschrift für Dermat. u. Syphilis. XV. 6. 1888.*

Unter 380 in der Klinik von Doutrelepont beobachteten Fällen von Lupus war in 173 Fällen ein Befallensein der Schleimhaut notirt. Von den 173 Schleimhautlupus-Patienten litten 167 gleichzeitig an Lupus der äusseren Haut, nur 6 boten das Bild des isolirten Schleimhautlupus dar.

Unter den 173 Fällen war 75 Mal die Nasenschleimhaut, 4 Mal die Conjunctiva, 6 Mal der Thränennasencanal, 25 Mal die Lippen, 31 Mal der Gaumen, 1 Mal die Zunge, 13 Mal der Kehlkopf, 1 Mal Rectum und äussere Geschlechtstheile. In der Mehrzahl der Fälle war nicht nur die eine Mucosa befallen, sondern es handelte sich um Combinationen. SEIFERT.

13) **Zwillinger** und **Läufer** (Wien). **Beitrag zur Kenntniss der Lepra der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes.** *Wiener med. Wochenschr. No. 26 u. 27. 1888.*

Aus der Beobachtung dreier Fälle und den Literaturangaben ziehen die Autoren folgende Schlüsse: Bei Lepra tuberculosa scheint die Nase schon frühzeitig ergriffen zu werden und zwar per contiguum von der Nasenhaut aus; es bilden sich Knoten, dieselben ulceriren, die Muscheln atrophiren und das Septum wird durchlöchert und zwar oft schon zu einer Zeit, wo die Haut noch nicht sehr ergriffen ist. An diese Erkrankung der Nasenschleimhaut schliesst sich die des Rachens, Kehlkopfes und der tieferen Luftwege ebenfalls per contiguum an. Die Knoten im Rachen zerfallen schneller, als die der Haut, es bilden sich Verdickungen des weichen Gaumens, narbige Verschrumpfungen und Defecte an demselben aus; frühzeitig kommt es zu Anästhesie dieser Schleimhautgegend.

Im Kehlkopf gehen der Knotenbildung Injection und Schwellung der Schleimhaut voraus; später zerfallen die Knoten, es kommt zu Narbenbildung, Verdickung der Schleimhaut, Perichondritis und Zerstörung einzelner Theile mit ihren Folgen. Die genaue Beschreibung der 3 Fälle, von denen 2 längere Zeit beobachtet werden konnten, giebt ein recht anschauliches Bild dieser seltenen Erkrankung. Alle Fälle gehörten der Klinik Kaposi's an. CHIARI.

14) **A. Ritter v. Kutschera Aichbergen** (Bruck a. Mur.). **Ein Fall von Actinomycose, vom linken unteren Weisheitszahn ausgehend.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 32. 1888.*

Es kam zuerst zu einer Parulis, die geöffnet und später ausgekratzt wurde. Doch verweigerte der Kranke eine ausgiebige Operation und starb 9 Monate nachher an Sepsis in Folge von ausgebreiteten Eiterungen im Gesicht, Hals und Metastasen in verschiedenen Körpertheilen. CHIARI.

15) **Bertha** (Graz). **Ueber einige bemerkenswerthe Fälle von Actinomycose.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 35. 1888.*

Für uns hat nur der erste Fall Interesse, da die Infection durch eine im Rachen stecken gebliebene Kornährengranne erfolgt war. 6 Wochen nach dem Verschlucken der Granne war eine Phlegmone des Halszellgewebes aufgetreten, welche nach Spaltung langsam heilte. Damals wurden zwar keine Actinomyces-Pilze gefunden, wohl aber $3^1/_2$ Jahre später in einem Recidive dieser Phlegmone. Die Eiterung hatte immer einen jauchigen Charakter, was B. als möglicherweise durch die Communication mit der Rachenhöhle bedingt ansieht, da 2 Fälle von Actinomycose der Hände (die er ebenfalls mittheilt) keine so bösartige Eiterung und keinen so langwierigen Verlauf zeigten. Auch diese beiden Fälle waren wahrscheinlich durch Verletzungen mit Strohhalmen hervorgerufen. B. glaubt daher, dass die Actinomycose des Menschen, ebenso wie die des Thieres, durch Grannen oder andere Bestandtheile des Getreides infolge zufälliger Verletzungen erzeugt werde. CHIARI.

16) **Ullmann** (Wien). **Beitrag zur Lehre von der Actinomycose.** *Wiener med. Presse. No. 49, 50 u. 51. 1888.*

U. hat im Ganzen 6 Fälle genau bacteriologisch untersucht und immer bei Eiterung neben dem Actinomycespilz Eiterkokken gefunden, so dass es wahrscheinlich ist, dass der Actinomycespilz an und für sich keine Eiterung erregt. Kommt ja doch bei Thieren der Strahlenpilz fast immer ohne Eiterung vor. Die Drüsenschwellungen in der Nähe eines Actinomycesherdes sind auch nicht durch den Strahlenpilz veranlasst, sondern durch Eiterkokken. Culturversuche auf verschiedenen künstlichen Nährböden und Implantationsversuche auf Hunde und Kaninchen misslangen ebenfalls. Weiter werden 13 Krankengeschichten mitgetheilt, bei denen öfters die Wange, Zunge oder die Kiefer Sitz der Pilzwucherung waren. Die Aetiologie war oft dunkel; besonders glaubt U., dass zur Einwanderung des Pilzes eine Verletzung nicht nöthig sei, dass vielmehr der Pilz, in einer Schleimhautfalte festgehalten, die Fähigkeit zu haben scheint, in die Gewebe hineinzuwuchern. Viele der Patienten U.'s hatten mit Thieren nichts zu thun.

Als Eingangspforten führt U. den Verdauungstract, die Haut und die Athmungsorgane an, wie ja das schon bekannt ist. Zur Färbung verwendete er meist Pikrocarmin, welches die schönsten Bilder bot. CHIARI.

17) **Kiemann** (Wien). **Acuter Rotz (Maliasmus). Tod.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 25 u. 26. 1888.*

Ein Mann von 37 Jahren starb nach 4 Wochen dauernder fieberhafter Erkrankung, während welcher sich zahlreiche Knoten und Beulen mit eiterig-jauchigem Inhalte gebildet hatten und Gelenksentzündungen aufgetreten waren. Im Eiter, Blut und Harn fanden sich zahlreiche Malleusbacillen. Die Nase war nicht betheiligt, dagegen die Epiglottis mit einem Geschwür versehen. Ich hebe diesen Fall hervor, weil die Nase nicht ergriffen war. CHIARI.

b. Nase und Nasenrachenraum.

18) **T. M. Shah** (Junagudh, Indien). **Fälle von Rhinoplastik. (Cases of rhinoplasty.)** *Indian Med. Gazette. März, April, Mai, Juni 1888.*

S. berichtet eine Anzahl von Fällen, bei denen er die Operation mit einer oder beiden Wangen oder einem Stirnlappen ausgeführt hatte. Er verdankt seine grosse Erfahrung in dieser Operation dem Umstand, dass in Indien die Verstümmelung der Nase zur Sühne für begangenes Unrecht ausgeführt wird, und dass es eine grosse Schmach für den Betroffenen ist, ohne Nase zu sein.

A. E. GARROD.

19) **Helferich** (Greifswald). **Zur Methode der partiellen und totalen Rhinoplastik.** *Arch. für klin. Chirurgie. XXXVII. 3. (September?) 1888.*

Zur Deckung eines durch Schlägerhieb entstandenen Defectes der Nase wurde von der linken Gesichtshälfte ein Lappen entnommen zur Unterfütterung, auf diesen dann ein Lappen aus der rechten Wange zur Bedeckung aufgelagert. Die Plastik war erschwert durch Narben (Schmisse) an der Wangenhaut. — Nach 2 $^{1}/_{2}$ Wochen wurde die weitere Bildung der Nase bewerkstelligt. SEIFERT.

20) **Bramann** (Berlin). **Dermoide der Nase.** Vortrag, gehalten in der „Berliner med. Gesellschaft“ am 5. December 1888. *Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 51. 1888.*

Nur Abdruck aus den Sitzungsberichten. CHIARI

21) **Doubre. Elephantiasis der Nase, Radicalcur mittelst der Décortication. (Elephantiasis du nez, cure radicale par la décortication.)** *Arch. de méd. et pharm. milit. No. 3. März 1888.*

Es handelt sich um einen 70jährigen Greis. Die von Ollier empfohlene „décortication“ gab einen vollständigen Erfolg. E. J. MOURE.

22) **Ohren** (Würzburg). **Ueber die Endresultate der Carcinome des Gesichts mit Ausschluss der Lippencarcinome.** *v. Langenbeck's Archiv. Bd. XXXVII. 2.*

Unter 72 Fällen von Carcinomen des Gesichtes handelt es sich bei 17 Fällen um Carcinome der äusseren Nase, theils mit Uebergreifen auf die Nachbarschaft theils isolirt auf Nasenrücken und Nasenflügel. SEIFERT.

23) **Kirmisson. Epitheliom der Nase und Nasenrachenpolyp. (Epithélioma du nez et polype naso-pharyngien.)** *Soc. de chirurgie. 4. Juli 1888.*

K. theilt einige von Ledru (Clermont-Ferrand) beobachtete Fälle mit:

In dem ersten derselben handelt es sich um einen Patienten, welcher wegen eines Epithelioms des Nasenrückens und der Lidcommissur operirt worden war. Die Heilung trat ohne Zwischenfälle ein.

Der zweite Fall betrifft eine 13jährige Patientin, die an Nasenrachenpolyp litt, welcher mehrere Fortsätze hatte.

Behufs Exstirpation desselben musste man den Oberkiefer total wegnehmen. Obwohl die Operation gut ausgeführt wurde, trat dennoch eine vollständige purulente Schmelzung des Auges danach ein. E. J. MOURE.

24) **Herzog** (Graz). **Das Eczem am Naseneingang.** *Archiv für Kinderheilkunde. IX. 3.*

Neben der localen Behandlung ist auf die Ursache des Eczems, die in einer Rhinitis besteht, das grösste Gewicht zu legen. Die Localbehandlung besteht in Aufweichung und schonender Ablösung der Krusten. Bestreichen der entzündeten Stellen mit gelber Präcipitatsalbe oder Ung. vasel. plumb., Vasel. pur. ana. Die Nase ist Nachts mit eingelegten Wattekügelchen zu verstopfen. SEIFERT.

25) **F. H. Potter. Bericht über einen Fall von angeborenem knöchernen Verschluss der vorderen Nase. (Report on a case of congenital bony occlusion of the anterior nares.)** *Buffalo Med. and Surg. Journal. September 1888.*

Diese Missbildung ist selten, und es ist von grossem Vortheil, frühzeitig zu operiren, da die Gewebe weniger fest und leicht zu entfernen sind.

Der Fall betraf ein Kind von ca. 2 Jahren. Das linke Nasenloch war ganz verschlossen durch eine becherförmige Einsenkung, $^3/_8$″ vom orificium. Es wurde ein Trocart durchgestossen und die Oeffnung mit einem galvanocaustischen Messer erweitert. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

26) **W. J. Walsham** (London). **Eine neue Methode der Anlegung einer Nasenschiene zur Correction der Deformitäten der Nase. (A new method of applying the nasal truss for correcting deformities of the nose.)** *Lancet. 25. Febr. 1888.*

W. empfiehlt eine poroplastische Filzkappe an Stelle der ledernen Maske, welche er früher als Stütze der Nasenschiene angewandt hatte. Denn die Kappe gestattet eine freie Perspiration. Der Arbeit ist eine Abbildung der Schiene und der Kappe, wie sie dem Patienten angelegt wird, beigegeben.

A. E. GARROD.

27) **C. Cathcart** (Edinburgh). **Ein neuer Apparat zur Stütze der Nasenbeine und des Septum in Fällen von Fractur oder Operation. (A new appliance for supporting the nasal bones and septum in cases of fracture or operation.)** *Edinburgh Med. Journal. April 1888.*

C. demonstrirte den Apparat der Medico-Chir. Society unter Prof. Annandale. Er besteht aus einer Bleiplatte, die nach der Nase geformt ist und welche sammt dem Gewebe durchbohrt und mit einer Silberdrahtschlinge gehalten wird, die über dem Scheitel befestigt ist. Mc BRIDE.



von Thost (Hamburg) einer genauen mikroscopischen Untersuchung unterworfen. Ueber das Ergebniss letzterer vgl. Ss. 314, 318 und weiterhin.

Der Patient D. P. aus Tarnopol erkrankte im Jahre 1873 im Alter von 35 Jahren mit Kehlkopfbeschwerden. College Mahl fand ein „zackiges blassröthliches Papillom entlang der unteren Fläche des linken Stimmbandes“. Er entfernte dasselbe mit dem Störk'schen Messer. Es trat aber bald ein Recidiv auf und Pat. consultirte nunmehr Prof. Störk, der „einen kugelförmigen, gut isolirten Papillomhaufen an der linken Seite des Larynx, entsprechend dem vorderen Dritttheile des wahren Stimmbandes‘ fand[1]). Er exstirpirte denselben vollständig mit dem Schlingenschnürer. Etwa zwei Jahre später präsentirte sich ihm der Kranke „mit genau demselben Befunde an der gleichen Stelle“. Abermalige Entfernung des Neoplasma mit dem Schlingenschnürer mit gleich gutem Erfolge. „So wurde wiederholt das immer von Neuam recidivirende Papillom operirt, bis der Kranke im Jahre 1883 sich wieder vorstellte. Der Befund war jedoch diesmal ein anderer: der Tumor war sehr gross und sessil geworden, das Papillom war offenbar die Krebsmetamorphose eingegangen.“ Dem Kranhen wurde die Radicaloperation vorgeschlagen, der er sich anfänglich nicht unterziehen wollte. Er wurde in Wien zunächst von anderer Seite erfolglos galvanokaustisch behandelt und kehrte dann nach Lemberg zurück, wo wegen drohender Suffocation die Tracheotomie vorgenommen wurde. Es stellten sich nunmehr aber heftige Blutungen beim Einführen und Entfernen der Canüle ein, da hierbei „oft ganze Zapfen des nach unten wachsenden Tumors ausgerissen wurden. Pat. ging im Jahre 1884 aufs Neue nach Wien zu Störk. Derselbe führte ihn Prof. Billroth zur Vornahme der Radicaloperation zu, die Billroth aber absolut nicht vornehmen wollte. Pat. kehrte wiederum in seine Heimath zurück. Da aber von neuem heftige Blutungen auftraten und sich zu diesen auch starke Schlingbeschwerden gesellten, nahm Störk am 13. Januar 1885 mit der Unterstützung Gersuny's und anderer Chirurgen selbst die totale Kehlkopfexstirpation vor. Das Resultat derselben war ein ausgezeichnetes. Pat. genas völlig und auch das functionelle Resultat hinsichtlich der Stimme war ein überraschend gutes. Hinsichtlich der Details der Operation und ihrer Folgen muss auf den Originalbericht Störk's verwiesen werden. Soweit bekannt lebt der Pat. noch im gegenwärtigen Augenblicke und ist sein Zustand ein verhältnissmässig äusserst erfreulicher.

[Es ist bereits im V. Abschnitt — vgl. S. 314 — mitgetheilt worden, dass College Thost selbst in diesem Falle, trotz seiner 12jährigen Dauer, auf Grund seiner mikroscopischen Untersuchung eine von Anfang an bestandene Mischform anzunehmen geneigt ist. Der Herausgeber kann hier nur seine an jener Stelle gemachten Einwendungen gegen diese Anschauung wiederholen: er weiss klinisch weder die enorm lange Dauer des Verlaufs, noch die verhältnissmässig langen Zwischenräume zwischen den ersten Recidiven recht mit der Anschauung

[1]) Der Fall ist von Prof. Stoerk unter dem Titel: „Ueber Larynxexstirpation wegen Krebs etc. etc.“ in der „Wiener med. Wochenschrift“, No. 49 u. 50, 1887 ausführlich beschrieben worden. — Die oben im Text zwischen Anführungszeichen gesetzten Sätze sind dieser Schilderung entnommen. Anm. des Herausgebers.

34) **E. Stepanow** (Moskau). **Ueber Impfungen mit Rhinoscleroma. (O priwiwkach rhinoscleromi.)** *Med. obsr. No. 10. 1888.*

Verimpft wurden in einem Falle ein Stückchen vom Rhinoscleromagewebe und in den 2 anderen Fällen Reinculturen von Rhinoscleromabacillen, von denen die eine die 3., die andere die 9. Generation darstellten. Besonders empfänglich zeigten sich Meerschweinchen und an diesen hat St. seine Versuche gemacht. St. impfte in die vordere Augenkammer. Nach 2—3 Monaten wurden die Thiere getödtet und in allen 3 Fällen konnte man mit dem Mikroscop die anatomischen Veränderungen des Rhinoscleroma nachweisen; ebenso gelang es jedesmal Reinculturen zu erhalten. Somit ist es jetzt definitiv entschieden, dass die Frisch-schen Mikroben die Ursache des Rhinoscleroma sind. LUNIN.

35) **Koehler** (Posen). **Zwei Fälle von Rhinosclerom.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 7. 1888.*

Der erste Fall betrifft einen 58jährigen Mann, bei dem das Leiden sich vor 25 Jahren entwickelt hatte. Colossale knotige Verzerrung der Nase mit Pustelbildung. Nasengänge und Muscheln sowie Rachen frei, ebenso Kehlkopf.

Der 2. Fall betrifft einen 30jährigen Kaufmann; beide Nasengänge verengt durch mehrere Tumoren, Athmung durch die Nase erschwert, Rachen, Kehlkopf frei. Da früher Syphilis vorhanden war, wurde Jodkali verordnet, doch war dies in Bezug auf die Nase erfolglos. Galvanocaustische Zerstörung der Knoten brachte bis jetzt Heilung.

Trauma als ätiologisches Moment war in keinem der Fälle nachzuweisen. SCHECH.

36) **M. Jakowski** (Warschau). **Ein zweiter Fall von Rhinosclerom bacteriologisch untersucht. (Drugi przypadek twardzieli nosa zbadany pod wrzgledem bakteriologicznym.)** *Gazeta lekarska. No. 37. 1888.*

Im Anschluss an seine ersten, vom Referenten an diesem Orte besprochenen Untersuchungen über Rhinoscleroma, die zusammen mit Dr. Matlakowski vorgenommen waren, beschreibt J. die Ergebnisse des zweiten Falles, der von Dr. Jarodynski beobachtet und operirt wurde. Bei einer 25jährigen, verheiratheten Frau bildete sich vor 6 Jahren ein kleiner Schorf in der Nase, der sich allmälig in einen kleinen Knoten verwandelte, in dessen Umgebung später weitere Knötchen entstanden. Erst vor 2 Jahren wurden dieselben auch von Aussen sichtbar und obturirten die Nase fast vollständig. Die Nasenflügel waren mit knotenartigen, härtlichen Tumoren besetzt. Auf der rechten Seite war die Geschwulst haselnussgross, schmerzlos, von weisslich-grauer Farbe. Die äussere Form der Nase ebenso wie die Knorpel waren unverändert. Der hintere Abschnitt der Nase erwies sich bei der Rhinoscopia posterior diffus infiltrirt. Pharynx und Larynx boten nichts Abnormes, die Anamnese ergab keine Anhaltspunkte für Lues oder Tuberculose. Die Kranke wurde von Dr. Jarodynski operirt und geheilt entlassen. Von den entfernten Theilen wurden kleine Partikel bacteriologisch untersucht. J. fand wieder die bekannten Kapselkokken frei liegend in dem Gewebssafte. In den Wanderzellen ebenso wie in den Zellen des Bindegewebes waren dieselben nicht zu finden, während in den gefärbten Schnitten die



Kokken weniger reichlich vorhanden und in den Mikulicz'schen Zellen eingelagert waren. Die Culturen wurden auf Gelatine, Agar-Agar und sterilisirten Kartoffeln vorgenommen und ergaben überall ausser kurzen unbeweglichen Bacillen auch ovale Kokken, deren Impfungen aber bei 4 Mäusen resultatlos blieben. J. spricht sich am Schluss seiner Untersuchungen gegen die Identität der bei Rhinosclerom aufgefundenen Kokken mit den Friedländer'schen Pneumoniedokken aus, trotz einer gewissen Aehnlichkeit in der Form und dem Aussehen der Reinculturen, und hält diese Affection für eine bisher nicht nachgewiesen impfbare, trotzdem durch Mikroorganismen bedingte Erkrankung, deren Impfbarkeit vielleicht bei anderen Thieren (Affen) erwiesen werden könnte. T. HERYNG.

37) Noquet. **Fremdkörper in der linken Nasenhöhle als Ursache einer fötiden Rhinitis. (Corps étranger de la fosse nasale gauche ayant provoqué une rhinite fétide.)** *Annales de la Société Médico-Chir. de Liège. No. 8 et 9. 1888.*

Der Fremdkörper war ein hölzerner Knopf, welcher mit der Pincette leicht entfernt wurde. BAYER.

38) C. W. Dodd (Würzburg). **Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase. (Removal of foreign bodies from the nose.)** *Lancet. 3. November 1888.*

Seit 3 Jahren wendet D. folgende Methode mit sichtbarem Erfolg an. Während er das eine Ende einer biegsamen Röhre in seinem Mund hält, befestigt er das andere in dem nichtverschlossenen Nasenloch.

Indem nun der Patient die Glottis gewaltsam schliesst, bläst D. plötzlich stark durch die Röhre mit dem Resultat, dass der Fremdkörper oft aus dem entgegengesetzten Nasenloch herausgetrieben wird. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

39) Marian (Aussig). **Ueber Fremdkörper im Ohr und in der Nase.** *Prager med. Wochenschrift. No. 42. 1888.*

M. bringt eine Uebersicht über 10 Fälle von Fremdkörpern in der Nase. 5 Mal waren Bohnen (also quellbare Körper) von Kindern in die Nase gesteckt worden. In einem Falle hatte der Fremdkörper nach jahrelangem Verweilen in der Nase Rhinolithbildung veranlasst; bei kürzerem Verweilen ruft er Catarrh oder Ozaena hervor. Die Entfernung geschah mit der gekrümmten Sonde oder der Pincette. CHIARI.

40) S. v. Stein (Moskau). **Nasenspecula zum Cauterisiren. (Nosowija serkala dlja prishiganii.)** *Med. obsr. No. 8. 1888.*

Die Zaufal'sche Nasenspecula modificirt durch einen grossen längsgestellten Ausschnitt am Ende des Speculum. In diesen Ausschnitt werden die erkrankten Stellen eingestellt und können mit Medicamenten oder den Galvanocauter behandelt worden, ohne andere Theile zu berühren. LUNIN.

41) F. Whitehall Hinkel. **Klinische Bemerkungen über den Nutzen des Antipyrins in den Nasenwegen. (Clinical notes on the use of antipyrine in the nasal passages.)** *New-York Med. Journal. 20. October 1888.*

Die Schlüsse, die Verf. aus seiner begrenzten Erfahrung in der Arbeit niederlegt, können, wie folgt, zusammengefasst werden:

1. Eine Antipyrinlösung, in die Nase eingesprüht, besitzt hämostatische Eigenschaften, obwohl es dem Cocain nicht überlegen ist.

2. Antipyrin, in ca. 4procentiger Lösung auf die Nasenschleimhaut gebracht, beseitigt vorübergehend den durch Schwellung der Muscheln bewirkten Verschluss und wirkt beruhigend auf Reizzustände ein.

3. Es ist sehr wirksam, wenn die Reizung stärker ist, als die Entzündung.

4) Es hat den Vorzug vor dem Cocain, dass es keine locale Taubheit und Trockenheit bewirkt; auch fehlen ihm die allgemein stimulirendee Eigenschaften des Cocain, die Schlaflosigkeit, Kopfschmerz etc. erzeugen. Bei Fällen, wie Heufieber, bei denen das Heilmittel lange Zeit gebraucht werden muss, führt das Antipyrin viel weniger zu allgemeinen Störungen, oder wird „zur Gewohnheit", wie das Cocain.

5. Antipyrin hat den Nachtheil, dass es mehr oder weniger Schmerz erzeugt und ungleich in seiner Wirkung auf Beseitigung einer schweren Entzündung oder hochgradigen Stenose der Nase ist.

6. Seine antiseptische und stimulirende Eigenschaft macht es wahrscheinlich nützlich als Streupulver auf frische Wunden, Granulationen und Ulcerationen der Nasenhöhlen.

7. In Verbindung mit Cocain steigert es die locale Wirkung des Letzteren und gestattet, dasselbe in schwächerer Lösung zu gebrauchen. LEFFERTS.

42) **Jelenffy** (Pest). **Ueber die Ausspülung des Nasen- und Nasenrachenraumes.** *Pester med. chir. Presse. No. 47. 1888.*

J. betont die Nothwendigkeit, die Flüssigkeiten in diesen Räumen ohne Druck circuliren zu lassen und empfiehlt dazu einen Irrigator, der das Wasser nur sanft einfliessen lässt. Dem Ref. scheint dieser einem einfachen Heber mit gebogener Abflussröhre gleichende Apparat nicht mehr zu leisten, als ein sogenanntes Nasenschiffchen. CHIARI.

43) **Weil** (Stuttgart). **Ein neuer Gaumenhakenhalter.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 7. 1888.*

Weil construirte einen neuen Gaumenhakenhalter, da ihn die bisher gebräuchlichen nicht befriedigten. Seinen Haken befestigt er an eine kleine horizontale Metallplatte, die von einer grösseren senkrechten Platte abgeht, welche letztere auf der Oberlippe aufliegt. Diese Lippenplatte wird nach hinten durch Riemen, welche über die Ohren gehen, befestigt. Von diesen Riemen gehen zum festeren Halten zwei andere Riemen ab, die über den Kopf geschnallt werden. Die kleine horizontale Platte trägt eine Schraube, die es ermöglicht, wie bei dem Instrument von Fränkel, den Haken festzumachen, das Instrument kostet mit 2 vernickelten Haken 12 Mark, ohne solche 7 Mark und ist zu haben bei Instrumentenmacher Carl Schmid in Stuttgart. SCHECH.

44) **William Hill** (London). **Die Rolle der Pharynxtonsille für Gesundheit und Krankheit. (The rôle of the pharyngeal tonsil in health and disease.)** Report of the Otological Section of the Brit. Med. Assoc. *Brit. Med. Journal. 1. Sept. 1888.*

H. hält die Tonsillen für leucocytenbildende Organe, die an den Rändern

des Verdauungscanals gelegen sind. Obwohl die grosse Masse der Leucocyten in das Blut übergehen, so zeigt doch die Histologie, dass sie auch in den Darmcanal auswandern und es ist anzunehmen, dass die auswandernden Leucocyten einen subsidiären Antheil an dem Verdauungsprocess nehmen. A. E. GARROD.

45) **M. Schäffer** (Bremen). **Bursa pharyngea und Tonsilla pharyngea.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 8. 1888.*

Schäffer kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Schlüssen:

1. Die Bursa pharyngea im Sinne Luschka's und Anderer kommt entweder angeboren als seltene anatomische Abnormität vor oder ist später entstanden als ein Product pathologischer Processe aufzufassen. Die Beobachtung Lehmann's drängt zur Annahme, dass selbst die von ihm beobachtete angeborene Cyste der Bursa phar. als solches angesehen werden muss. Es wird also von Sch. weder das wirkliche Vorkommen einer Bursa noch ihre Erkrankung und namentlich Neigung zur Cystenbildung geläugnet.

2. Die grosse Mehrzahl der Fälle von Bursa pharyngea, wie sie von Tornwaldt u. A. beobachtet und beschrieben wurde, sind pathologische Producte von Erkrankungen der Tonsilla phar. herrührend.

3. Erkrankungen in diesen meist aus dem Recessus medius der Tonsilla phar. hervorgegangenen Hohlräumen und Gängen können als Bursitis bezeichnet werden.

4. Die Behandlung dieser Bursitis allein giebt oft negative Resultate, die Bedeutung und Wichtigkeit derselben ist in vielen Fällen von Tornwaldt überschätzt worden.

Im zweiten Theile seiner Arbeit lässt Schäffer mehrere casuistische Mittheilungen folgen.

So beobachtete er bei einer 45jährigen Dame, welche durch zähe eingetrocknete Secrete im Nasenrachenraume belästigt wurde, eine grobkörnige, zerklüftete Gewebsmasse, die mangelhaft zurückgebildete Tonsilla pharyngea, nach deren Entfernung die Beschwerden sistirten. In drei Fällen war dickgrünes Secret im Rachen und in der Nase vorhanden, als dessen Entstehungsort Reste der Tonsilla phar. angesehen werden mussten.

Entfernung derselben beseitigte die Erscheinungen.

Zweimal beobachtete Th. die Ausstossung von Mandelsteinen aus der Tonsilla phar. Viermal wurde die Bursa pharyngea mit negativem Erfolge behandelt, 11mal mit bestem Erfolge; eine Cyste der Bursa phar. wurde erfolgreich operirt.

SCHECH.

46) **H. Lavrand. Recidivirendes Gesichtserysipel in einem Fall von Tornwaldt-scher Angina. (Erysipèle de la face à répétition dans un cas d'angine de Tornwaldt.)** *Journal des sc. méd. de Lille. 27. April 7888.*

Es handelt sich um eine 23jährige Frau, die im Alter von 13 Jahren dreissig Erysipele hatte, welche zu unregelmässigen Zeiten, ausserhalb der Menses auftraten. Verf. entdeckte im Nasenrachenraum die Zeichen eines intensiven chronischen Catarrhs, die offenbare Eintrittspforte für das infectiöse Agens.

E. J. MOURE.

47) **Z. Srebrny** (Warschau). **Eine Cyste am Rachendach. (Torbiel sklepienia gardla.)** *Medycyna. No. 51 u. 52. 1887.*

Ein 21jähriges nervöses Mädchen consultirte den Verf. wegen trockener Hustenanfälle, die seit 2 Monaten sich entwickelt und wegen ihrer Häufigkeit sehr quälend waren. Bei der Untersuchung fand P. ausser einer diffusen Bronchitis und den Symptomen einer chronischen Laryngitis, im Nasenrachenraum eine gelbliche, halbdurchscheinende, kirschkerngrosse Geschwulst am Nasenrachendach, deren Berührung sofort heftige Hustenparoxysmen auslöste, während andere Stellen der Nasenschleimhaut bei dem Contact mit der Sonde keinen Husten zur Folge hatten. Nachdem eine Cauterisation mit dem Galvanocauter der hypertrophischen unteren linken Muschel erfolglos geblieben, spaltete S. die Cyste mit dem Galvanocauter, entleerte einige Tropfen einer gelblichen Flüssigkeit und cauterisirte die Oeffnung mit Argentum nitricum. Am nächsten Tage hatte der Husten bedeutend nachgelassen, stellte sich aber sehr bald wieder ein und fand S die Oeffnung der Cyste verklebt, den Tumor selbst vergrössert. Nach wiederholten Cauterisationen mit Arg. nitr. verkleinerte sich die Geschwulst, der Husten verschwand, mit ihm die Symptome des Larynxcatarrh, und wurde die Patientin geheilt entlassen. Nachdem S. die Angaben Tornwaldt's über die Erkrankungen der Bursa pharyngea besprochen, kommt er zum Schluss, dass Cysten der Bursa pharyngea nur bei nervösen, anämischen Personen Reflexneurosen veranlassen können. HERYNG.

48) **H. Gradle. Affectionen des Nasenrachenraums und Ohrs als häufig übersehene Ursachen von Kopfschmerzen. (On headaches from overlooked causes in naso-pharynx and ears.)** *Journal of Americ. Med. Association. 8. Sept. 1888.*

Die Ursachen sind: 1. Folliculäre Angina, 2. Schwellung der Pharynxtonsille, 3. Hypertrophie der Nasenschleimhaut, 4. Verengerung der Oeffnung der Tubae Eustachii, besonders bei Kindern. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

49) **Weil** (Stuttgart). **Ueber adenoide Vegetationen.** *Württemb. med. Corresp.-Blatt. No. 27. 1888.*

W. ist der Ansicht, dass bei uns in Süddeutschland die adenoiden Vegetationen einen sehr grossen Procentsatz der Erkrankungen des Kindesalters stellen. Zur Entfernung derselben braucht W. am liebsten die Schütz'sche Zange, bei deren Benutzung man sich in der Mittellinie halten muss, um den Tubenwulst nicht zu fassen. SEIFERT.

50) **Lennox Browne** (London). **Adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum. (Adenoid growths in the naso-pharynx.)** Bericht der otologischen Section der Brit. Med. Association. *Brit. Med. Journal. 1. September 1888.*

B. betont, dass zuweilen adenoide Vegetationen sich ohne Schwellung der Tonsillen vorfinden, und dass viele Fälle von Taubheit wegen Mandelschwellung in Wirklichkeit auf die coexistirenden adenoiden Vegetationen zurückzuführen sind. Es ist wahrscheinlich, dass dieselben nicht so frühzeitig schwinden, als man gewöhnlich annimmt. Ihre Beziehung zu den Exanthemen sei ein streitiger Punkt. Bisweilen sind sie für eine eitrige Mittelohrentzündung verantwortlich.



Er empfiehlt eine Behandlung, wenn solche Vegetationen vorhanden sind, selbst wenn sie nur geringe Symptome in jungen Jahren machen und meint, dass bei Erwachsenen, wenn eine Verdickung ohne wirkliche Neubildungen als ein Ueberrest früherer Vegetationen vorhanden ist, die Auskratzung zur Beseitigung eines hypertrophischen Mittelohrcatarrhs beitragen würde.

Es folgt eine Discussion. A. E. GARROD.

51) **Adolf Bronner** (Bradford). **Adenoide Vegetationen und ihre Beziehung zu den Krankheiten des Mittelohrs. (Postnasal growths and their relation to diseases of the middle ear.)** Bericht der otologischen Section der British Med. Association. *Brit. Med. Journal. 14. Juli 1888* und *Brit. Med. Journal. 1. Sept. 1888.*

B. empfiehlt die von Hartmann angegebene ringförmige Curette zur Entfernung der adenoiden Vegetationen. Er findet, dass bei dieser Methode selten ein Anästheticum nothwendig ist.

Er legt Nachdruck auf ihre Bedeutung für die Entstehung von Erkrankungen des Mittelohres. Denn bei 198 Fällen von Mittelohrkrankheiten bei Kindern unter 15 Jahren waren in 101 Fällen Wucherungen in den Choanen und bei 185 Patienten mit Choanenwucherungen hatten 125 Mittelohraffectionen. A. E. GARROD.

52) **E. Meierhof. Eine wichtige, oft übersehene Affection. (A prevalent affection much overlooked.)** *Daniel's Texas Med. Record. 111. 12. 1888.*

Adenoide Vegetationen im Pharynx. Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

53) **Tirefahy** (Brüssel). **Nasenrachenpolyp; temporäre Resection des Nasengerüstes. (Polype nasopharyngien; résection temporaire de l'auvent nasal.)** *Académie Royale de Médecine de Belgique. Séance du 26. Mai 1888.*

1. Act: Hautschnitt beginnend an der Sehne des linken Orbicul. palpebr. entlang des Sulc. nasojugul. und der Nasenflügelfalte unterhalb der Nasenlöcher hin und endigend am linken Nasenflügel.

2. Act: Durchsägen des knöchernen Nasengerüstes und eines Theiles der aufsteigenden Apophyse des linken Oberkiefers; Durchschneiden der Nasenscheidewand und der aufsteigenden Apophyse des rechten Oberkiefers, welche in dem so gebildeten Lappen gelegen. Dieser wird dann über die linke Wange zurückgestülpt.

3. Act: Entfernung des Vomer und der oberen Muscheln.

4. Act: Entfernung des Tumors.

5. Act: Wiedervereinigung und Verband. BAYER.

54) **Rochet. Die präliminären Operationen zur Beseitigung der Fibrome des Nasenrachenraumes. (Des opérations préliminaires dans la thérapeutique des fibromes naso-pharyngiens.)** *La Prov. méd. No. 6. 11. Februar 1888.*

R. beschreibt zuerst die vorgeschlagenen Methoden: Die Maxillarmethode, die Operation von Manne und die Osteotomia temporalis von Ollier. Letzterer Methode schliesst er sich an. E. J. MOURE.

55) **Heydenreich** (Nanzig). **Ein neues Verfahren zur Abtrennung der Nasenrachenpolypen. (Nouveau procédé d'arrachement des polypes nasopharyngiens.)** *Sem. méd. No. 19. 9. Mai 1888.*

Es ist das Verfahren von König (Göttingen), welches H. kritisirt. (vide Centralblatt f. Chir. 10. März 1888.) E. J. MOURE.

56) **Wright Wilson** (Birmingham). **Zange für Neubildungen des Nasenrachenraums. (Forceps for post-nasal growth.)** *Brit. Med. Journal. 17. März 1888.*

W. beschreibt einige Zangen zur Entfernung von Tumoren aus dem Nasenrachenraum ausgenommen rings um die Choanen. Die Blätter sind gefenstert und haben einen vorderen und hinteren schneidenden Rand. Diese Zangen empfiehlt er besonders für seitliche Tumoren. Die Arbeit enthält eine Abbildung.

A. E. GARROD.

c. Mundrachenhöhle.

57) **B. Fränkel** (Berlin). **Pharynxkrankheiten.** Separat-Abdruck aus der Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. 2. Aufl.

Die Bearbeitung dieses Kapitels gehört mit zu dem Besten, was wir in der Realencyclopädie finden können; es werden nicht nur die einzelnen Krankheitsformen in zusammenfassender Weise beschrieben, sondern an geeigneten Stellen auch auf den Zusammenhang der Erkrankungen des Pharynx mit den benachbarten Organen, beziehungsweise auf die unter anderen Titeln zu findenden Detailangaben hingewiesen. Trotz dieser ja nothwendigen Ausschaltung wichtiger Punkte behält doch das Ganze den Rahmen einer Monographie der Pharynxkrankheiten mit Berücksichtigung der Untersuchungsmethoden und localer therapeutischer Methoden. Einen grossen Werth scheint mir diese Art der Bearbeitung noch darin zu besitzen, dass die Literatur in eingehender Weise berücksichtigt ist.

SEIFERT.

58) **Bailey** und **Nichols. Geschmacksschärfe beim Mann und der Frau. (Acuité du sens du goût chez l'homme et chez la femme.)** *Revue obstétric. et gynéc. p. 245. Juni 1888.*

Die Frau nimmt den bitteren Geschmack wahr bei einer Lösung von 1 : 456,000 Chinin. sulf.; der Mann in einer Lösung von 1 : 392,000.

Es wird wahrgenommen	von der Frau	vom Manne
Zucker	1 : 204;	1 : 199.
Säure	1 : 3280;	1 : 2080.
Alkali	1 : 129;	1 : 98.
Salz	1 : 1980;	1 : 2240.

Nur das Salz schmeckt der Mann besser als die Frau; sonst ist der Geschmack der Frau überlegen. E. J. MOURE.

59) **J. L. T. Jones** (India). **Noma nach acuter Dysenterie. (Cancrum oris following acute dysentery.)** *Brit. Med. Journal. 3. November 1888.*

Der Titel erklärt die Natur des Falls. R. MACKENZIE JOHNSTON.

60) **Armand Bernard** (Liverpool). **Einige Punkte von Interesse bei der Syphilis. (On some points of interest on syphilis.)** *Liverpool Med. Chirurgical Journal. Juli 1888.*

Ein kurzer Hinweis auf einen Schanker der Lippe ist das einzige, was unsere Leser hierbei interessirt. Derartige Schanker nehmen oft eine grosse Ausdehnung an, bedecken selbst die ganze Lippe. Die Submaxillardrüsen sind natürlich geschwollen. Diese Affection soll oft bei Glasbläsern vorkommen.

M'BRIDE.

61) **Heurtaux** (Nantes). **Dermoidcyste des Mundbodens. (Kyste dermoïde du plancher de la bouche.)** Société anatomique de Nantes. *Gaz. méd. de Nantes. 9. Januar 1888.*

M. zeigt eine Dermoidcyste vor, die sich auf dem Mundboden unterhalb der vorderen Zungenpartie entwickelt hatte. Dieser Tumor rührt von einem 17jährigen jungen Mann her und hat die Grösse einer Nuss. Er ist von oben nach unten abgeplattet und wirft die Zunge nach oben und hinten zurück; an seiner Oberfläche öffnet sich der Ductus Whartonianus; Fluctuationsgefühl. Der Tumor springt jedoch nicht in die Oberzungenbeingegend vor. Auch konnte man nicht an eine Ranula denken. Verf. machte eine interstitielle Injection mit zerfliesslichem Chlorzink, aber ohne Resultat. Es wurde nun die Exstirpation gemacht, die etwas schwierig war, weil der Tumor mit der Symphyse des Kinns verwachsen war. Er enthielt nur Epitheltrümmer; Haare konnte man darin nicht entdecken, wie das sonst gewöhnlich der Fall ist. Bei der Natur dieses Tumors ist es erstaunlich, dass er so lange latent bleiben konnte; denn nach Aussage des Patienten hat er ihn erst seit drei Monaten bemerkt. E. J. MOURE.

62) **Prengrueber. Behandlung des Mundkrebses. (Traitement du cancer de la bouche.)** *Acad. de méd. de Paris. 11. Juli 1888.*

P. stellt eine Kranke vor, die seit 6 Monaten operirt und geheilt ist.

E. J. MOURE.

63) **L. G. Kraus** (Wien). **Epitheliom oder exulcerirtes Gumma?** Ein Beitrag zur Kasuistik des Cancroids. *Internat. klin. Rundschau. No. 48. 1888.*

K. berichtet über eine bohnengrosse, weiche Geschwulst der rechten Wangenschleimhaut bei einem 34jährigen Mann, welche nach 3 Monaten härter und grösser geworden war und zu ulceriren begann. Drüsenschwellung und Schmerz fehlte vollständig. Eine Jod Medication machte die Geschwulst kleiner und weicher. Nach einigen Wochen aber begannen lancinirende Schmerzen und zwei Monate später erwies sich die exstirpirte Geschwulst als Epithelialcarcinom. Warum die Geschwulst so lange für Gumma gehalten wurde, erklärt K. daraus, dass der Patient sich oft syphilitischen Infectionen aussetzte und wichtige Symptome fehlten. CHIARI.

64) **Girode. Syphilitischer Schanker auf durch Phosphor erkranktem Zahnfleisch. (Chancre syphilitique développée sur des lésions de gengivite phosphorée.)** *France méd. No. 34. 20. März 1888.*

G. betont die Schwierigkeit der Diagnose und das Vorhandensein einer Kiefernecrose, die er mit Recht der Beschäftigung des Patienten zuschreibt. Derselbe arbeitete nämlich in einer Zündholzfabrik. E. J. MOURE.

...ondon). **Epitheliom des Zahnfleischs. (Epithelioma of gum.)** ... *November 1888.*

...s 64jährigen Mannes mit rundlichem, 6 Zoll im Durch-...irten Tumor an der rechten Seite des Zahnrandes und ...ember 1888 vor der Hunterian Society. SEMON.

...London). **Fall von langsam wachsendem Tumor des Ober-...low growing tumour of upper jaw.)** *Brit. Medical Journal.*

... der Medical Society of London am 17. December 1888. ... des Zahnrandes und des harten Gaumens, die sich ... ganz langsam entwickelt hatte. SEMON.

...Berlin). **Ueber die Wirkung des Perubalsams auf die „idio-...plakieen und sonstigen Epitheltrübungen der Mundschleim-...** *Monatshefte. October 1888.*

...Perubalsam bei den Leukoplacieen in Form von 3 Mal täg-... Pinselungen auf die Rhagaden und Auflagerungen an und ...plakieen nach freilich lange fortgesetzter Behandlung gute

...erweitigen Erkrankungsprocessen der Mundhöhlenschleimhaut ...stig wirken (mercurielle Epitheltrübungen, Plaques muqueuses, ...alis). SEIFERT.

...tchinson (London). **Permanenter Aptyalismus oder „Trockner ...ment aptyalism. „Dry mouth".)** *Brit. Med. Journ. 3. Nov. 1888.*

...te am 26. October 1888 der Clinical Society of London den Fall ... Dame, welcher bis in die Details dem Rowlands'schen (vgl. ... 332) entsprach, und in welchem durch keine Mittel Besserung ... — An der Discussion, in welcher noch mehrere ähnliche Fälle ..., betheiligten sich die Herren Hadden, Hughlings, Jackson, ...bent und Money. Alle stimmten darin überein, dass die Pa-...dens augenblicklich völlig räthselhaft sei, und die Behandlung ... Einige hatten von Jaborandi etwas Nutzen gesehen, andere nicht ... — Das Studium des Falles und der Discussion im Original ist ... da alles zur Sprache kam, was bis jetzt überhaupt über diese merk-...ten bekannt ist. SEMON.

...er Harkin (Belfast). **Unterdrückung der Speichelsecretion. (Sup-...f the salivary secretion.)** *Lancet. 4. Februar 1888.*

...elegenheit einer Discussion über diesen Gegenstand lenkt H. die Auf-...it auf einen von ihm im Jahre 1880 in dem Dublin Journal of Medical ...schriebenen Artikel, in dem die Aetiologie dieses Leidens be-...und die gute Wirkung des Kal. choric. in solchen Fällen be-

A. E. GARROD.

70) **Lootier. Stein des Ductus Whartonianus. (Calcul du canal de Wharton.)** *Bullet. méd. du Nord. No. 5. Mai 1888.*

Der Titel zeigt an, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

71) **H. H. Sinné. Zerreissung des Ductus Stenonianus mit nachfolgender Functionseinstellung der entsprechenden Parotis. (Laceration of Stenon's duct, followed by inactivity of the corresponding parotid gland.)** *Medical News. LIII. 2. Philadelphia, 1888.*

Patient, ein 7jähriger Knabe, wurde von einem Hund in die Wange gebissen. Die Parotis war unverletzt; der Ductus Stenon. jedoch nahe derselben zerrissen. Der Rest des Canals, etwa $1^1/_4$" lang, war nahe dem Mundwinkel aufgerollt, das dazwischen liegende Stück fehlte. Die Mundhöhle war nicht freigelegt. Die Theile wurden mit einer Sublimatlösung gewaschen und, nachdem der zurückbleibende Theil des Ductus entfernt war, zusammengebracht. Wahrscheinlich in Folge des Shocks durch das Anästheticum erfolgte während zweier Tage auf der verletzten Seite keine Speichelsecretion; danach trat sie wieder ein. Der Strom des Secrets wandte sich gegen den unteren Rand der Wunde, wodurch deren Ränder auseinander gehalten wurden. Es wurden neue Drainröhren eingeführt, und ein breiter Kork von $^1/_2$" Dicke, so geschnitten, dass er der Prominenz des Jochbogens entsprach und mit Lint und Gaze gut umwickelt. wurde unter einer rollenförmigen Bandage aufgelegt. Der Kork und die Bandage wurden täglich neu angepasst. In etwa 10 Tagen hörte die Speichelsecretion gänzlich auf und nach ein paar Tagen wurde der Druckverband fortgelassen. Es traten seitdem keine Beschwerden irgend welcher Art auf und die Wunde heilte vollständig.

Da kein Symptome von Fistel oder Abscess besteht, so ist es wahrscheinlich, dass die Parotis durch den fortgesetzten Druck hermetisch verschlossen wurde, indem sich der Lappen mit dem darunter liegenden Theil vereinigte und die Function aufhörte. Allmälig wird wahrscheinlich eine Atrophie in Folge des Nichtgebrauchs eintreten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

72) **Hanau** (Zürich). **Ueber die eitrige Entzündung der Speicheldrüsen.** Gesellschaft der Aerzte in Zürich, 10. März 1888. *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. 21. 1888.*

H. hat sich bei der Untersuchung von 4 Parotitiden und eines Falles von doppelseitiger Submaxillaritis, welche nach verschiedenen Infectionskrankheiten auftraten, überzeugt, dass der Process von einer eitrigen Entzündung der grösseren Speichelgänge ausgeht. Und zwar sind diese Erkrankungen als septische Infectionen von der Mundhöhle aus aufzufassen.

Die Parotis erkrankt wohl deshalb häufiger als die Submaxillaris, weil die Mündungsstelle des Ductus Whartonianus vor Vertrocknung und dergl. besser durch die Zunge geschützt ist als der Ductus Stenonianus, vielleicht auch deshalb, weil das schleimreiche Secret der Submaxillarus einen gewissen Schutz vor dem Eindringen der Eitermikroorganismen gewährt. SEIFERT.



73) **Deroser. Behandlung der mercuriellen Stomatitis mit Sublimat. (Traitement de la stomatite mercurielle par le sublimé.)** *Thérapeut. contemp. No. 14. 16. April 1888.*

Es ist die von de Renzi (Neapel) empfohlene Behandlung mit einer Lösung von 0,25 pro mille. Das Sublimat wirke dabei wie ein Antimycoticum. E. J. MOURE.

74) **Wm. Freemann French. Eine auf sehr ungewöhnliche Weise entstandene Ranula. (A ranula caused in a very unusual manner.)** *New-York Medical Record. 27. October 1888.*

Als Patient vor einer Woche einen sehr harten Apfel ass, drückte ein Stück den Boden der Mundhöhle rechterseits. Es entstand Schmerz und in wenigen Minuten erschien eine Masse, welche jedes weitere Kauen behinderte. Diese Masse brach zweimal in der Woche auf, entleerte ihren Inhalt und füllte sich sofort wieder.

Die Behandlung bestand in Durchführung eines Haarseils durch die Cystenwand, um den Inhalt zu entleeren (es war eine viscide Flüssigkeit) und eine entzündliche Adhäsion und Obliteration des Sackes herbeizuführen. In zehn Tagen kehrten die Theile zur Norm zurück. LEFFERTS.

75) **Scanes Spicer (London). Hysterische Rachenaffectionen. (Hysterical affections of the throat.)** *Brit. Med. Journal. 15. December 1888.*

In einem am 7. December 1888 vor der West London Med. Chir. Society gehaltenen Vortrage führt Sp. viele der gewöhnlich als „hysterisch" bezeichneten Parästhesien und Hyperästhesien des Pharynx auf Affectionen der Papillae circumvallatae, der Zungentonsille, der Nase und des Nasenrachenraums, der Zähne. des Allgemeinbefindens etc. zurück und schlägt entsprechende Behandlungsmethoden vor. Nichts Neues. SEMON.

76) **Scheiber (Pest). Ueber halbseitige Bulbär- und Pseudobulbärparalyse.** Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Aerzte in Budapest am 24. November 1888. *Pester med. chir. Presse. No. 49. 1888.*

Die Pseudobulbärparalysen gehören zu den sogenannten halbseitigen multiplen Gehirnnervenlähmungen. Die halbseitigen bulbären Paralysen unterscheiden sich von den beiderseitigen dadurch, dass die acuten Formen nicht absolut tödtlich sind, dass die subacuten und chronischen nicht progressiver Natur sind und dass die halbseitigen Formen oft incomplet ausgebildet sind. Sch. führt von allen diesen Formen Beispiele theils aus der Literatur, theils aus seiner eigenen Erfahrung an und schliesst sich in Bezug auf die Gestaltung der gelähmten Seite des Gaumens und Rachens den Ansichten Erben's an; nur weist er nach, dass der gelähmte Gaumenbogen zwar flacher, aber nicht ektatisch wird, während die gelähmte Rachenhöhle ektatisch wird.

Ferner weist Sch. darauf hin, dass bei halbseitiger Rachenlähmung Flüssigkeiten bloss von der nicht gelähmten Seite aus der Nase hervortreten, weil auf der gelähmten Seite die Rachenmuskulatur nicht im Stande ist, sie in die Choane zu schleudern. Endlich hebt Sch. hervor, dass nach den vorliegenden Beobachtungen die halbseitige Bulbärparalyse oft in die beiderseitige übergeht. CHIARI.

77) **Onodi (Pest). Zur Casuistik der Fremdkörper im Rachen.** *Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 44. 1888.*

O. verweist nur auf die Fälle eingebildeter Fremdkörper und bespricht einen ausführlicher. Eine Frau hatte nämlich das grosse Horn des Zungenbeins mit dem Finger gefühlt und hielt dasselbe für einen Fremdkörper. Der Ref. weiss sich mehrerer solcher Fälle zu erinnern. CHIARI.

78) **S. Solis Cohen. Diphtheroide Halsaffectionen. (The diphtheroid throats.)** *Archives of Pediatrics. V. 50.*

Diphtheroide Halskrankheiten sind nicht Diphtherie, obwohl sie oft als solche diagnosticirt werden. Die Lehrbücher erwähnen sie nicht, und C. hat diesen Namen gewählt, um das Factum nachdrücklich zu betonen, dass es viele Formen der Affection giebt, welche der Diphtherie ähneln. Die Aehnlichkeit besteht jedoch nur im Aussehen, nicht in ihrem wesentlichem Charakter.

Es giebt drei diphtheroide Halsaffectionen: Herpes (nach Trousseau und Mackenzie), membranöse (oder croupöse, zum Unterschied von der catarrhalischen) Angina und die durch Canalgase erzeugte Angina (der Ausdruck ist von J. Solis Cohen gewählt zur Bezeichnung der Aetiologie).

Folgende charakteristische Symptome sind allen gemeinsam: 1. Intensiver Schmerz beim Schlucken. 2. Die Erscheinungen treten gewöhnlich einseitig auf; die Tonsille ist ihr häufigster Sitz. 3. Selten findet sich eine Schwellung der Hals- oder Submaxillardrüsen. 4. Die Krankheit ist nicht ansteckend. 5. Heilung ist fast die Regel. Interne Medication ist selten nothwendig. Milde Fälle brauchen keine Behandlung. Der Schmerz ist gewöhnlich das schlimmste Symptom, und dieser kann durch Gurgelwässer oder Sprays beseitigt werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

d. Diphtheritis und Croup.

79) **J. R. Raymond. Geschichte der Diphtherie; ihr erstes Auftreten in Brooklyn im Jahre 1854. (History of diphtheria; its first appearance in Brooklyn in 1854.)** *Brooklyn (New-York) Med. Journal. Mai 1888.*

Der erste Fall wurde 1854 berichtet. Seitdem gab es 20,000 Fälle mit 8000 Todesfällen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

80) **Delthil. Beziehung der Diphtherie der Thiere zu der des Menschen. (Relation de la diphtherie de l'animal avec celle de l'homme.)** *Soc. de méd. prat. 8. Februar 1888.*

Aus 13 Fällen schliesst D.:

1. Dass die Diphtherie des Menschen und der Thiere wahrscheinlich identisch ist;

2. dass eine Uebertragung von dem einen auf die anderen möglich ist;

3. dass eine Uebertragung der Diphtherie durch eine dritte Person, die selbst gesund bleibt, möglich ist. E. J. MOURE.



81) **Gussmann** (Stuttgart). **Bericht über die Sterblichkeit in Stuttgart nebst Parcellen im Jahre 1887.** *Med. Correspondenz-Blatt des Württemb. ärztl. Landesvereins. 21. 1888.*

Auf Diphtherie und Croup treffen 32 Todesfälle (1,5 pCt. der Gesammtzahl), auf Keuchhusten 23 Fälle, Krebs des Kehlkopfes 2 Fälle, der Nase, des Rachens und der Schilddrüse je 1 Fall. SEIFERT.

82) **C. M. Lenhart. Eine Diphtheritis-Epidemie. (An epidemic of diphtheria.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 1. September 1888.*

Die Epidemie herrschte in einer Stadt in Ohio. Die Mortalität betrug 25 pCt. Die sanitären Verhältnisse waren sehr schlecht, und es ist bewiesen, dass sie die Ursache der Krankheit waren, da zur Zeit weder in der benachbarten Stadt und Dörfern Diphtherie vorhanden war, noch die ersten Fälle in irgendwelcher Weise dieser Krankheit ausgesetzt gewesen waren.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

83) **Becsi** (Temesvar). **Die Croup-Epidemie vom Jahre 1888.** *Pester med. chir. Presse. No. 46. 1888.*

In 6 Monaten kamen 44 Fälle von Croup vor; nach dem Umstande, dass die Mandeln gewöhnlich auch mit Membranen besetzt waren, können wir wohl an Stelle des Wortes „Croup" „Diphtherie" setzen; 28 starben. Tracheotomie wurde in 12 Fällen gemacht, mit 5 Heilungen. B. führt die im Verhältniss zu seinen früheren Erfahrungen bedeutend besseren Erfolge der Tracheotomie nach Bose auf die sorgfältigere Nachbehandlung und die Antisepsis zurück. CHIARI.

84) **Axel Johannesen** (Christiania). **Das Vorkommen der Diphtheritis in Norwegen. (Diphteriens Forekomst i Norge.)** *Verhandlungen der Christiania-Gesellschaft der Wissenschaften. No. 1. 1888.*

Der Verf. hat in dieser vortrefflichen Monographie die Resultate seiner Forschungen auf dem Gebiete der Diphtheritis in ihrer Ausbreitungsweise in Norwegen niedergelegt. Das Werk besteht aus 338 Druckseiten nebst 18 Tabellen, 10 Karten und 1 Tafel. Schade nur, dass es in norwegischer Sprache geschrieben ist, weil der Kreis der Leser natürlich dadurch sehr verengt wird.

Der Verf. giebt zuerst eine historische Entwickelung des Verhältnisses zwischen dem Diphtheritis- und dem Croup-Begriffe, und ist geneigt, sich der Unitätsanschauung anzuschliessen. Uebrigens muss die Frage offen bleiben, bis die Natur des specifischen Virus festgestellt ist, und ist der Verf. in dieser Beziehung mit B. Fränkel in Uebereinstimmung.

In dem nächsten Capitel wird das Auftreten der Diphtheritis in Norwegen während des Zeitraumes 1803—1884 näher behandelt. Es zeigt sich, dass die Ausbreitung der Diphtheritis seit 1820 hauptsächlich an 4 Epidemien mit beinahe freien Intervallen gebunden ist und dass Croup im Grossen und Ganzen der Ausbreitung der Diphtheritis folgt, so dass man überall eine diphtheritische Infection als Ursache des Croup ansehen darf.

In einem Capitel über die Infectiosität der Diphtheritis und ihre Contagiosität bespricht Verf. die verschiedenen Anschauungen, die sich von Laycock bis Löffler geltend gemacht haben; er erwähnt die Inoculationsresultate auf Thiere

und Menschen und widmet dem Uebertragen auf directem und indirectem Wege eine besondere Besprechung. Folgende verschiedene Infectionswege sind von dem Verf. gesehen:

1. Infection durch Personen, die an Diphtheritis erkrankt sind;
2. Infection von einem grösseren Herde aus, z. B. Schulen etc.;
3. Infection durch gesunde Mittelglieder;
4. Ansteckung durch Kleider oder Gegenstände, die in Berührung mit Kranken gewesen sind;
5. Ansteckung mittelst eines seit längerer Zeit aufbewahrten Contagiums.

Nachdem der Verf. in einem Capitel die verschiedenen Anschauungen, die für oder gegen die Auffassung der Diphtheritis als einer primär localen oder primär allgemeinen Krankheit sprechen, referirt hat, berührt er kurz die Frage der Incubationszeit.

In dem Folgenden untersucht der Verf. näher den Einfluss der individuellen, klimatischen, meteorologischen und socialen Verhältnisse.

Von 1867—1884 wurden in Norwegen 19,733 Kinder = 61,4 pCt. und 12,389 Erwachsene = 38,6 pCt. von der Diphtheritis befallen. Im Verhältniss zu den Einwohnern (625,134 Kinder — 1,181,766 Erwachsene) wurden von Kindern also 1,8 p. M., von Erwachsenen 0,6 p. M. befallen. Von „Croup“ wurden in diesem Zeitraume von Kindern 6148 = 97,7 pCt., von Erwachsenen 147 = 2,3 pCt. befallen.

Was den Einfluss des Geschlechtes betrifft, wurden in den Jahren 1867 bis 1884 vom männlichen Geschlecht 14,551 = 45,4 pCt., von dem weiblichen Geschlecht 17,495 = 54,6 pCt. behandelt. Im Verhältniss zu der ganzen Einwohnerzahl wurden von Männern 0,9 p. M., von den Weibern 1,0 p. M. befallen. Die individuelle Disposition scheint sich auf folgende Weise zu äussern: 1. Als eine Familiendisposition, 2. als eine reine individuelle Disposition, 3. auf unbekannte Weise durch schlechte hygieinische Verhältnisse bedingt.

Der Verf. hat sich die Mühe gegeben, zu untersuchen, inwiefern die meteorologischen Verhältnisse etwa Einfluss auf die Häufigkeit der Diphtheritis gehabt haben, und gefunden, dass die Diphtheritiskurve und die meteorologische Kurve nicht zusammenfallen.

In den folgenden Capiteln werden die Fragen von dem erneuerten Auftreten der Krankheit bei demselben Individuum und von der Bedeutung der Communicationswege etc. für das Vorkommen der Krankheit beleuchtet. Was die Mortalität betrifft, ist sie für Diphtheritis 12,2 pCt. (zwischen 5,5 und 21,5 pCt. variirend), für Croup 53,7 pCt. (zwischen 41,0 und 63,7 pCt. variirend) gefunden. Für beide Affectionen zusammen war die Mortalität 21,6 pCt.

Der Verf. giebt einen Ueberblick über die Häufigkeit der verschiedenen Complicationen der Diphtheritis, wovon hier nur etwas Näheres über die postdiphtheritischen Paralysen referirt werden soll. Die Diphtheritis ist durchschnittlich in 12,5 pCt. der Fälle von Paralysen gefolgt. In 34 Epidemien, die von Paralysen gefolgt waren, hatten 17 ein Tödtlichkeitsprocent von über 20, und 17 ein Mortalitätsprocent von unter 20. Von den 17 Epidemien mit einem Mortali-

tätsprocent von über 20 pCt. hatten 5 über und 12 unter 12,5 pCt. Paralysen unter den Behandelten, während von den 17 Epidemien mit einem Mortalitätsprocent von unter 20 pCt. 6 über und 11 unter 12,5 pCt. Paralysen unter den Behandelten hatten.

Leider ist es unmöglich, wenn nicht die Grenzen des Centralblattes überschritten werden sollen, Weiteres über dieses grosse und interessante Werk zu referiren. Jedem, der sich für die Diphtheritisfrage interessirt, sei die Arbeit bestens empfohlen.

SCHMIEGELOW.

85) **Arthur Downes** (London). **Diphtherie und die sie begleitende Halskrankheit. (Diphtheria and its attendant throat illness.)** *British Medical Journal. 21. Juli 1888.*

Vortrag, am 13. Juni 1887 vor der Epidemiological Society of London gehalten. Derselbe verbreitet sich über die Aetiologie und Epidemiologie der Diphtherie, eignet sich aber nicht zum Extrahiren, und muss von Interessenten im Original gelesen werden. Hier sei nur erwähnt, dass der Autor an pseudomembranöse Halsleiden nicht diphtheritischer Natur glaubt, und überzeugt ist, dass sich das Virus nicht aus ursprünglich harmlosen Organismen entwickeln kann.

SEMON.

86) **Martin Burke. Diphtherie. (Diphtheria.)** *New-York Med. Record. 17. Nov. 1888.*

B. schreibt: „Ich glaube, dass Croup und Diphtherie nicht dieselbe Krankheit ist. Der Grund, weshalb echter Croup fast stets in Diphtherie übergeht, ist der, dass die Diphtheritis erzeugenden Keime fast beständig sich in der Atmosphäre der Städte vorfinden. Kinder sind besonders der Diphtherie geneigt, deshalb fürchten wir uns vor einer einfachen Laryngitis oder Folliculartonsillitis bei Kindern. Das Wesen der Diphtherie ist wissenschaftlich nicht genügend erforscht. Die Literatur über dieselbe ist reich, aber massig, ebenso unbestimmt als umfangreich.

Es giebt keine specielle Behandlungsmethode der Diphtherie: Es ist eine sich selbst begrenzende Krankheit. Kinder können ohne Behandlung gesund werden. Eine gründliche Localbehandlung, wie das Glüheisen, sollte, meiner Meinung nach, gut thun; aber eine, die nur reizend wirkt, ist nachtheilig."

LEFFERTS.

87) **T. L. Hatch. Die Beziehung des membranösen Croups zur Diphtherie. (The relationship of membranous croup and diphtheria.)** *North Western Lancet. 1. April 1888.*

H. wurde zu einem einjährigen Kinde mit bedrohlichen Zeichen von membranösem Croup gerufen. Die Krankheit war voll entwickelt mit allen classischen Symptomen, und nach schwerer Krankheit genas das Kind in 10 Tagen. Einen Monat später wurde H. zu demselben Patienten gerufen und fand eine schwere Diphtherie vor mit Auflagerungen in den Tonsillen und der Nase. In 2 Wochen genas der Patient. In dem ersten Fall wurde hauptsächlich Calc. sulphur. und in dem zweiten eine homöopathische Verreibung von Hydrarg. bijod. gegeben.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Die Resultate dieser prophylactischen Massnahmen waren in einer Reihe von 8 Fällen verschiedenen Alters, welche sämmtlich zweimal oder öfter an echter Diphtherie gelitten hatten, sehr zufriedenstellend. LEFFERTS.

90) **Deichler** (Frankfurt a. M.). **Ueber den Ursprung des diphtherischen Giftes.** *Deutsche Medicinal-Zeitung. No. 94. 1888.*

Die primäre Rachendiphtherie (ohne Contagion) denkt sich D. in der Weise zu Stande kommend. dass ein chemischer Stoff (chemisch wirkendes Miasma) bei besonders disponirten Individuen die Bildung von Membranen auf den Tonsillen bedingt und zwar schuldigt er den Ammoniak an, der bei unserer modernen Art der Heizung in einer gegen früher vermehrten Weise der Luft beigemengt sei. Den Microorganismen käme dann erst eine secundäre Bedeutung zu, indem die in den diphtheritischen Massen sich vermehrenden Spaltpilze erst durch den veränderten Nährboden pathogen würden und die Träger des diphtheritischen Ansteckungsstoffes darstellten. Da es ausserhalb des Rahmens eines Referates liegt, solche Phantasien zurückzuweisen, so möge hier nur darauf hingewiesen werden, wie die Diphtherie auf dem flachen Lande, wo reine Holzfeuerung besteht, dann erklärt werden kann? SEIFERT.

91) **Féréol. Abnorme schwere Diphtherien. (Diphthéries anomales graves.)** *Soc. méd. de l'hôpit. 11. Mai 1888.*

F. weist auf die infectiöse Form hin. Die Kranken sind von Ruault untersucht worden. E. J. MOURE.

92) **J. J. Raye** (Chatham). **Ansteckung mit Diphtherie. (The contagion of diphtheria.)** *Lancet. 10. März 1888.*

Ein kurzer Brief, in dem ein Fall mitgetheilt wird, bei welchem die ersten Symptome vier, die Tonsillarmembran 5 Tage nach dem Zusammensein mit einem Kranken oder, nach einer anderen Ansicht, 1 resp. 2 Tage nach Zuziehung der Krankheit auftraten. A. E. GARROD.

93) **Schrevens** (Tournai). **Beitrag zur Lehre der verschiedenen Ansteckungsweisen der Diphtheritis. (Contribution à l'étude des modes de contagion de la diphtérie.)** *Annales et Bulletin de la Société de Médecine de Gand. Sept. 1888.*

Der Autor reclamirt eine gesundheitspolizeiliche Massregel, welche Privatpersonen, Aerzte und die Gemeindeverwaltungen zwingt, von dem Auftreten einer ansteckenden Krankheit, welche eine Epidemie zur Folge haben kann, höheren Ortes Meldung zu machen, damit man durch Isolirung und Desinfection einschreiten könne. Es ist ihm gelungen, bei einer Diphtheritisepidemie in Ostiches die directe Einschleppung von einem benachbarten Orte Brugelette her nachzuweisen, und zwar geschah dies durch zwei Kinder, welche man, um sie dem Contagium der dort herrschenden Diphtheritisepidemie zu entziehen, nach Ostiches übersiedelt hatte. Die zwei Kinder selbst blieben übrigens von der Krankheit verschont. BAYER.

94) **J. Lewis Smith. Sepsis und Diphtherie der Neugeborenen. (Sepsis of the newborn and diphtheria of the newborn.)** *Philadelphia Med. News. 8. Sept. 1888.*

Die Diphtherie der Neugeborenen ist selten und die Literatur derselben

[illegible] die unter [illegible]
[illegible] wenn er schreibt:
[illegible] ismus keineswegs
[illegible] schreibt [illegible]
[illegible] drei Fälle [illegible]
[illegible]. Einer derselben
[illegible] der zweite starb
[illegible] und starb [illegible]
[illegible] 1877 [illegible]

[illegible]

[illegible] Behandlung der [illegible]

[illegible] bedingen
[illegible] und [illegible]
[illegible] eine [illegible]

krankheit sei und durch Fäulnissbacterien erzeugt werde. Es ist dann noch von Ptomainen, Nährboden, Gewalt der Fäulnissbacterien etc. die Rede in einem Zusammenhang, der zeigt, wie viel und wie wenig der Autor Kenntniss hat von der Bacteriologie. SEIFERT.

97) **Görges** (Kiel). **Beitrag zur pathologischen Anatomie der Diphtherie.** Inaugural-Dissertation. Kiel, 1888.

Der von G. angefertigten Statistik über die Häufigkeit der Erkrankungen der verschiedenen Organe bei der Diphtheritis lagen die Sectionsprotocolle über sämmtliche vom 1. Januar 1873 bis 31. December 1887 im Kieler pathologischen Institut secirten Diphtheritisleichen zu Grunde, deren Zahl 255 beträgt. Die Zusammenstellung ist mit grossem Fleisse gemacht, eignet sich aber nicht für ein kurzes Referat. SEIFERT.

98) **Ellenbogen** (Wien). **Ein Fall von Diphtherie des Pharynx mit gleichzeitigen symmetrisch ausgebreiteten Haemorrhagien der Haut und innerer Organe.** *Wiener med. Blätter. No. 32. 1888.*

Die 59 jährige Kranke war am 15. Juli 1888 an Fieber und Schmerzen in den unteren Extremitäten erkrankt, worauf sich bald Hämorrhagie und Oedeme der Arme und Beine einstellten. Dieselben breiteten sich auch auf den Stamm aus; am 22. Juli traten Halsschmerzen, Hämorrhagien der Zunge, Heiserkeit und Dyspnoe auf. Am 23. fanden sich Geschwüre an der Zunge, und der weiche Gaumen war infiltrirt, geröthet; noch denselben Abend erfolgte der Tod an der schon seit 20. Juli bestehenden Pneumonie. Die Section wies unter diesen Hämorrhagien und beginnender Gangrän der Hände, im Rachen und an der Uvula einen bräunlichen ziemlich festhaftenden Belag und beiderseitige Pneumonie nach.

E. führt diesen Fall an, um zu zeigen, dass die Ansicht Ebstein's[1]) über die Combination von Diphtherie mit symmetrisch localisirten Hautentzündungen dadurch gestützt werden könne. CHIARI.

99) **Ebstein** (Göttingen). **Demonstration eines Kranken mit symmetrisch localisirten oberflächlichen Hautentzündungen und gleichzeitig auftretenden Lähmungszuständen auf infectiöser (diphtheritischer?) Basis.** Vortrag, gehalten in der Göttinger med. Gesellschaft am 1. März 1888. Abdruck eines Separat-Abdruckes. *Wiener med. Blätter. No. 32. 1888.*

100) **H. Barbier. Albuminurie bei Diphtherie. (L'albuminurie dans la diphthérie.)** *Gaz. des hôp. 12. Mai 1888.*

Eine allgemeine Uebersicht über diesen Gegenstand. E. J. MOURE.

---

[1]) Vortrag, gehalten in der Göttinger med. Gesellschaft am 1. März 1888.

[illegible]

[illegible] *Pester med.*

[illegible] Lunge und räth zu [illegible] säure oder [illegible] stehinderung [illegible]

CHIARI.

[illegible] A case of laryngeal [illegible]

[illegible] chen Husten [illegible] einführte und [illegible] den Stimm- [illegible] ierte und die [illegible] der Stimmbänder [illegible]

W. A. SWIFT LEFFERTS.

[illegible] Laryngeal growth.) *Brit. Med.*

[illegible] dernde Kehl- [illegible] über den am [illegible] Society gehaltenen [illegible]

SEMON.

[illegible] Fläche des [illegible]

[illegible] unterhalb des linken [illegible] Die Cyste, welche [illegible] versuchen platzte, [illegible] Art offener Guillotine, [illegible] Haken senkte, ent- [illegible] kräftig und fast [illegible]

SEIFERT.

[illegible] — Pharyngotomia subhyoidea. [illegible]

[illegible] am 15. März 1887. Seit län- [illegible] des Kehlkopfes geplagt, [illegible] Hämoptysen, nie syphilitische [illegible] beweglicher, weiss- [illegible] gefunden. Nachdem [illegible] Pincette und Bistouri durch [illegible] Beseitigung des Tumors er-

reicht war, wurde am 9. Mai zuerst Tracheotomia superior, dann Laryngotomia subhyoidea gemacht. Die Geschwulstmasse lag zur linken Seite der Epiglottis, theilweise diese deckend, theilweise von dem linken Seitenrande derselben ausgehend. Alles wurde mittelst der Scheere ausgeschnitten, in Allem 4 Stücke, jedes Stück von der Grösse einer kleinen Nuss. Am 25. war die Wunde geheilt und die laryngoscopische Untersuchung ergab, dass der rechte Seitenrand der Epiglottis an der Schlundwand festgelöthet war, der linke Rand war frei aber etwas uneben. Keine Spur von Tumor. Dasselbe auch am 7. Juni. (Die Frage der Natur des Tumor bleibt unbeantwortet. Ref.) SCHMIEGELOW.

106) **G. Hunter Mackenzie** (Edinburgh). **Einige Fälle von endolaryngealer Exstirpation von Tumoren der Stimmbänder. (Cases of endolaryngeal removal of growths from the vocal cords.)** *Edinburgh Med. Journal. Juli 1888.*

Es werden vier Fälle berichtet. In dem ersten wurde ein papillomatöser Tumor von dem hinteren Drittel des linken Stimmbandes entfernt. Es handelte sich hierbei wahrscheinlich um Larynxphthise und war wegen Stenose zuvor eine Tracheotomie gemacht worden. Der zweite Fall betraf eine maligne Erkrankung und der Autor erklärt sich gegen wiederholte intralaryngeale Eingriffe, wie sie von Fränkel empfohlen werden. Der dritte war ein cystisches Myxom des linken Stimmbandes und der vierte ein gestielter Polyp (die Histologie wird nicht mitgetheilt), der vom vorderen Ende des rechten Stimmbandes ausging und mittelst eines Larynxpinsels ausgewischt wurde. M'BRIDE.

107) **Landgraf** (Berlin). **Ein Fall von secundärem (infectiösem) Carcinom des Larynx.** *Charité-Annalen. XIII. 1888.*

Ein 39jähriger Mann kam mit den Erscheinungen eines Oesophaguscarcinoms und einer Lungentuberculose im Stadium der Erweichung in die 2. medic. Klinik. An der Vorderfläche der hinteren Kehlkopfwand fanden sich kleine Auswüchse, in dem von dieser Gegend entnommenen Secret liessen sich Tuberkelbacillen nachweisen. Später nahmen die ursprünglich der Schleimhaut gleichgefärbten Wucherungen eine röthere, schliesslich blaurothe Färbung an und nun traten Schluckschmerzen auf. Bei der Obduction ergab sich ausser einem ulcerirenden Carcinom an der Kreuzungsstelle des Oesophagus mit dem Bronchus ein secundäres nicht ulcerirtes Larynxcarcinom in dem Intuerayfalte und von ihr auf beide Ligamenta vocalia übergreifend. Zwischen beiden Carcinomen lag eine grosse Strecke gesunden Oesophagus. Der Befund von Tuberkelbacillen von der Gegend der Larynxwucherungen hatte während des Lebens zur Annahme einer tuberculösen Ulceration geführt, der Befund bei der Obduction weist darauf, dass dieses bacillenhaltige Secret aus den Lungen stammend der Larynxwand nur angehaftet hatte. SEIFERT.

108) **Schnitzler** (Wien). **Zur Frage der endolaryngealen Behandlung des Kehlkopfkrebses.** Nach einem Vortrage, gehalten im Wiener med. Doctoren-Collegium am 15. October 1888. *Internat. klin. Rundschau. No. 43 u. 45. 1888.*

Schn. bringt zunächst die Krankengeschichte eines Falles von Carcinoma epitheliale der Stimmbänder, welchen er vor 20 Jahren galvanocaustisch operirte, und welcher bis jetzt ohne Recidive geblieben ist.

Damals wurde die Diagnose auch histologisch von Biesiadecki und Scheuthauer bestätigt. Dieser Fall wurde von Schn. schon in demselben Blatte 1867 No. 47 beschrieben. Weiterhin hebt Schn. die Brauchbarkeit der Galvanocaustik für solche endolaryngeale Operationen hervor, bei denen es sich darum handelt ausgiebig zu zerstören, und bespricht nochmals die Schwierigkeit der Diagnose zwischen Krebs, Tuberculose und Syphilis in einzelnen Fällen. Gerade in solchen Fällen seien dann die endolaryngealen Operationen angezeigt, um so mehr, da Schech und B. Fränkel in je einem Falle ein Larynxcarcinom gründlich auf endolaryngealem Wege zerstören konnten.

Endlich betont Schn., wie schon in der früheren Publication, die Seltenheit des Ueberganges gutartiger Kehlkopfneubildungen in bösartige, die er nur etwa 3 Mal mit Sicherheit constatiren konnte, und verspricht weitere Mittheilungen darüber.

CHIARI.

109) **Baratoux. Palliativbehandlung des Epitheliems des Larynx mit Thuyatinctur. (Traitement palliatif de l'épithéliome du larynx par la teinture de thuya.)** *Société de méd. prat. 3. Mai 1888.*

B. hat, wie er sagt, diese Tinctur bei einer Reihe von Tumoren der Nase, des Schlundes und des Larynx angewandt. Er hätte damit eine Beseitigung des übelriechenden Athems. Verminderung der Secretion und deutliches Einsinken des Tumors erzielt, so dass Patient zwei Jahre ohne Operation überlebte.

E. J. MOURE.

110) **Hahn's Resectionen des Larynx. (Hahn's operations of resection of the larynx.)** *Journal of Laryngology. Mai 1888.*

Dieser Artikel theilt Hahn's Operationen in Tabellenform mit. Die Tabelle enthält Operationen wegen Stenose, Exstirpationen und Tumoren durch Laryngofissur, halbseitige Resection und Totalexstirpationen des Larynx.

A. E. GARROD.

111) **Demons** und **Moure. Exstirpation des Larynx wegen Krebs. (Extirpation du larynx pour cancer.)** Französischer Chirurgen-Congress. Paris, 1888.

D. berichtet 2 Fälle, deren Diagnose Referent gestellt und die beide operirt worden waren. Bei dem einen ist ein Recidiv eingetreten; bei dem anderen dauert die Heilung noch an. Alle beide leben bis jetzt.

E. J. MOURE.

112) **Meurer. Exstirpation des Larynx. (L'extirpation du larynx.)** *La province méd. 28. April 1888.*

Allgemeine kritische Besprechung.

E. J. MOURE.

113) **William Gardner** (Adelaide, South-Australia). **Ein Fall von Totalexstirpation des Larynx wegen Epitheliom. (Case of total extirpation of the larynx for epithelioma.)** *Lancet. 23. Juni 1888.*

Patient, 62 Jahre alt, litt seit 9 Monaten an Keuchen in der Brust und zunehmendem Verlust der Sprache. Dann bemerkte man eine kleine Geschwulst unter dem linken Stimmband. Seit jener Zeit schreitet die Abmagerung vorwärts. Ein entferntes Fragment der Geschwulst zeigt die Structur eines Epithelioms. Es wurde daher die Exstirpation des Larynx empfohlen.



Die Operation wurde gemacht, Patient machte eine gute Genesung durch und blieb drei Monate danach ganz gesund.

Nur die linke Seite des Larynx war von einem Epitheliom befallen.

G. führte die Operation in derselben Weise aus, wie in einem früher berichteten Fall, ohne vorherige Tracheotomie und indem er die Weichtheile zuerst vom Larynx ablöste.

G. theilt auch das Resultat der Obduction des ersten Patienten mit. Er empfiehlt mehr die vollständige Exstirpation als die partielle, da bei seiner Methode keine Tracheotomie nothwendig ist. A. E. GARROD.

114) **Le Dentu. Totalexstirpation des Larynx. (Extirpation totale du larynx.)** *Société de chir. Paris, 18. Juli 1888.*

Le D. spricht von einer Frau, die Ausgangs März operirt wurde und nach drei Monaten an einem Recidiv starb. Er erinnert an die Statistiken von Hahn und Hache, ohne ein bestimmtes Urtheil zu fällen. E. J. MOURE.

115) **William Gardner** (Adelaide, South-Australia). **Totalexstirpation des Larynx wegen Epitheliom. (Total extirpation of the larynx for epithelioma.)** *Med. Press and Circular. 25. Juli 1888.*

Es handelt sich um einen 62jährigen Patienten, bei dem das Laryngoscop ein kleines Geschwür unterhalb des linken Stimmbands zeigte. Syphilis war ausgeschlossen. — Der Larynx wurde am 2. October 1887 exstirpirt.

Es wurde eine Incision in der Mittellinie vom Zungenbein bis zum zweiten Trachealring gemacht und die Gewebe von den Seiten des Larynx abgelöst. Hierauf wurde die Trachea zwischen Ringknorpel und dem ersten Ring gespalten und eine grosse Canüle eingeführt. Dann wurde der Larynx vom Oesophagus abgelöst und entfernt.

Patient machte eine gute Genesung durch, lebt noch und trägt eine grosse Canüle; der obere Theil der Wunde wurde geschlossen.

Ueber die mikroscopische Beschaffenheit des Tumors wird nichts erwähnt. [Sollte dieser Fall nicht mit dem im Referat 113 berichteten identisch sein? Red.] A. E. GARROD.

116) **X. Die Krankheit des deutschen Kaisers. (La maladie de l'Empereur d'Allemagne.)** *Journal de méd. et chir. prat. Juli 1888.*

Kritische Besprechung des Gegenstandes. E. J. MOURE.

117) **Pugin Thornton** (Canterbury). **Die Krankheit des verewigten deutschen Kaisers. (Illness of the late Emperor of Germany.)** *Lancet. 10. Nov. 1888.*

In einem Brief an den Redacteur constatirt der Verf., dass er 1872 einen der 22 Fälle von Thyreotomie wegen Krebs, die von Morell Mackenzie in seinem Buch zusammengestellt sind, operirt habe. Zur Zeit war der Larynx mit carcinomatösen Massen erfüllt, die linke Plica aryepiglottica war verdickt und die Stimme ganz geschwunden. Die Krankheit war zur Zeit der Operation so weit vorgeschritten, dass ein Vergleich mit dem Fall des Kaisers unzulässig ist. Ebenso weiss er, dass noch andere Fälle weit vorgeschritten waren und deshalb hält er die Deductionen von Mackenzie über die Tödtlichkeit der Operation für nicht zutreffend. R. MACKENZIE JOHNSTON.

118) **Hoffa** (Würzburg). **Die Resultate der Laryngofissur.** *Therapeut. Monatshefte. 11. 1888.*

Zwei Operationen der Laryngofissur, die H. in Gemeinschaft mit dem Referenten vorzunehmen hatte, geben H. Veranlassung, die einschlägigen Fälle seit dem Jahre 1879 zusammenzustellen. Das Ergebniss waren 104 Fälle, von denen 4 auszuschliessen sind, deren unglücklicher Ausgang nicht der Operation selbst zuzuschreiben ist. Von den restirenden 100 Fällen sind alle geheilt und betrug die durchschnittliche Heilungsdauer 10—18 Tage, so dass die Laryngofissur, unter antiseptischen Cautelen ausgeführt, als eine durchaus gefahrlose Operation anzusehen ist. Die Gefahr der Operation bei malignen Tumoren ist ebenso gering wie bei gutartigen, auf die Athmung hat dieselbe keinen nachtheiligen Einfluss. Was die phonetischen Resultate anlangt, so sind unter 67 aus obiger Zahl verwerthbaren Fällen 40 = 60 pCt. mit vollständig normaler Stimme geheilt, bei 22 = 32 pCt. ist die Stimme zwar rauh und heiser, aber vernehmbar geworden, nur bei 6 = 8 pCt. Aphonie zurückgeblieben. SEIFERT.

119) **Streiter** (Würzburg). **Zehn Fälle von Thyreotomie.** Inaugural-Dissertation. Würzburg, 1888.

Bericht über 10 Fälle von Thyreotomie, welche in der Schönborn'schen Klinik vorgenommen wurden, 1 Mal wegen Verwachsung des Stimmbandes, 4 Mal wegen Tuberculose, 1 Mal wegen papillomatöser Wucherungen, 3 Mal wegen Carcinom. In 1 Fall wurde ein intralaryngealer Tumor (?) constatirt. Die Weichtheile wurden mit dem Thermocauter durchtrennt, die Knorpel mit dem gleichen Instrument oder mit dem Knopfmesser. Nähte wurden nicht angelegt. SEIFERT.

120) **Riedel** (Jena). **Zwei Fälle von Kehlkopfspaltung.** *Correspondenz-Blätter des allgem. ärztl. Vereins von Thüringen. 12. 1888.*

In beiden Fällen handelte es sich um Papillome des Kehlkopfes. SEIFERT.

121) **Billeter** (Zürich). **Ueber operative Chirurgie des Larynx und der Trachea an Hand des klinischen Materials der chirurgischen Abtheilung des Kanton-Spitals Zürich.** *Therap. Monatshefte. 12. 1888.*

In der Zeit vom 1. April 1881 bis Ende 1887 kamen auf der chirurgischen Klinik in Zürich 347 Tracheotomien, 14 Laryngotomien, 5 Larynxexstirpationen und 1 Pharyngotomia subhyoidea zur Ausführung. Die Tracheotomie wurde in 300 Fällen wegen Diphtherie vorgenommen und zwar in weitaus der Mehrzahl die Tracheot. super., von diesen kamen 123 = 41 pCt. Zur Heilung. Die Laryngotomie wurde 6 Mal wegen Geschwulstbildung im Larynx, 1 Mal wegen typhöser Stenose, 1 Mal wegen Perichondritis, 1 Mal wegen syphilitischer Trachealstenose, 4 Mal als Voract zur Larynxexstirpation vorgenommen. Mit Ausnahme der letzten Fälle war das Resultat ein auch in Bezug auf die Stimme sehr günstiges zu nennen. Die Larynxexstirpationen waren von weniger gutem Erfolge, die Operirten gingen kürzere oder längere Zeit nach glücklich überstandener Operation zu Grunde, nur 1 Fall kann als geheilt bezeichnet werden.

Die guten Erfolge der Laryngotomie führt B. ausser auf die strenge Antiseptik noch auf die consequente Durchführung der Naht und auf die Art der Tamponade während und nach der Operation zurück. SEIFERT.

122) **M. Howard Fussell. Fractur des Larynx. (Fracture of the larynx.)** *Philad. Med. News. 17. März 1888.*

Patient erhielt bei einem Spiel einen heftigen Schlag gegen den Hals mit einem Ball. Nach sehr kurzer Zeit warf er eine reichliche Menge reinen Blutes aus und die Athmung fing an, mühsam zu werden. Er ging noch einige Hundert Yards und sprach zu verschiedenen Malen; nach Verlauf einer halben Stunde jedoch wurde er bewusstlos und blieb so, bis die Tracheotomie gemacht worden war.

F. sah ihn eine Stunde nach dem Unfall. Zu dieser Zeit war er bewusstlos, Gesicht und Hände tief cyanotisch und aus dem Munde ergoss sich blutiger Schaum. Die Athmung war stridulös, sehr einem Kinde in den letzten Stadien des Croup ähnlich. Als man den Hals vorn untersuchte, fand man, dass er abgeflacht war, und ausserdem ein beträchtliches Emphysem zu beiden Seiten desselben. Bei den geringsten Manipulationen mit dem Larynx zeigten sich beängstigende Erstickungsanfälle, und man fühlte zwischen den Flügeln des Schildknorpels deutliche Crepitation.

Nunmehr wurde die Tracheotomie gemacht. Patient kam schwer zu sich und starb 3 Stunden nach der Operation an Lungenödem.

Es wurde weder eine laryngoscopische Untersuchung, noch eine Section gemacht. LEFFERTS.

123) **Francis Hollinshead** (Birmingham). **Perichondritis des Larynx. Tracheotomie. Heilung.** *Lancet. 9. Juni 1888.*

Ein 39jähriger Mann consultirte H. wegen heiseren Hustens und Athemnoth. Trotz der Behandlung wurde Patient schlechter, die Athemnoth nahm zu und er konnte nur mit Flüsterstimme sprechen.

Das Laryngoscop zeigte Röthung, Schwellung und Ulceration des Larynx, aussen Verdickung und Empfindlichkeit.

Patient erhielt grosse Dosen Sublimat mit Jodkali und Cinchona; die Inhalationen wurden fortgesetzt. Trotzdem nahm die Athemnoth so zu, dass die Tracheotomie nöthig wurde.

Patient besserte sich hierdurch sehr und machte gute Fortschritte nach der Operation; später wurde ein Stück exfoliirten Knorpels ausgehustet. Zwei Monate nach der Operation wurde die Canüle entfernt und einen Monat später war die äussere Wunde geheilt. Patient befindet sich fortgesetzt gut, hat jedoch noch eine gewisse Schwäche der Stimme. A. E. GARROD.

124) **L. Secrétan. Ueber 2 Fälle von Larynxstenose.** Zweiter schweizerischer Aerztetag in Lausanne. *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. 12. Juni 1888.*

Es handelt sich um 2 Fälle von in Folge von Typhus entstandener Larynxstenose, von denen der eine mittelst Schrötter'scher Tubage, der andere nach vorheriger Tracheotomie mittelst Schrötter'scher Zinnbolzen geheilt wurde. SEIFERT.

125) **J. J. Hamilton. Was ist bei Larynxstenose zu thun? (What shall we do in cases of laryngeal stenosis?)** *Indiana Medical Journal. September 1888.*

Bougiren! W. J. SWIFT (LEFFERTS).

126) **David Newman** (Glasgow). **Zwei Fälle vollständiger Larynxstenose durch Verwundung des Larynx bei einem Selbstmordversuch. (Two cases of complete laryngeal stenosis produced by wounds of the larynx in attempted suicide.)** *Glasgow Med. Journal. August 1888.*

Demonstration der Fälle ohne weitere Details. Mc BRIDE.

127) **D. Newman** (Glasgow). **Zwei Fälle von vollständiger Larynxstenose durch Larynxwunden bei Selbstmordversuchen, erfolgreich durch Tupelodilatatoren geheilt. Ein Fall von Syphilisstenose in gleicher Weise behandelt. (Two cases of complete laryngeal stenosis produced by wounds of the larynx in attempted suicides, treated successfully by means of tupelo-dilators. Also a case of syphilitic stenosis treated in the same way.)** *Glasgow Med. Journ. Oct. 1888.*

In beiden Fällen trat nach einem Selbstmordversuch, obwohl fortgesetzt eine Canüle getragen wurde, eine vollständige Stenose zwischen dem oberen Rande der Tracheotomiewunde und den Stimmbändern ein. In dem ersten Falle war der ganze Raum zwischen den beiden Stellen mit festem Narbengewebe erfüllt. In den oberen Theil wurde ein Einschnitt gemacht und eine scharfe Sonde hindurchgedrängt, bis sie in der Tracheotomiewunde erschien. Alsdann wurde eine Seidenligatur an ihr befestigt, durchgezogen und schliesslich beide Enden zusammengeknotet. Hierauf wurden in derselben Weise vier Reihen Ligaturen durchgezogen und schliesslich Tupelodilatatoren (Sussdorff'sche), wie man sie in der Gynäkologie braucht. Dieselben wurden mittelst der Ligatur, unterstützt durch Manipulation, am freien Ende hindurchgezogen. In einer Woche war die Passage weit genug, um die Pharynxröhre eines künstlichen Larynx hindurch zu lassen, welche dem Patienten erlaubte, durch den Mund zu athmen und im Flüsterton sich zu unterhalten. Der zweite Fall glich fast genau dem ersten.

Der dritte Fall betraf eine Larynxstenose als Folge von Syphilis, bei welcher die Tracheotomie gemacht worden war. Versuche, von oben her zu dilatiren, brachten nur temporären Nutzen. Es wurden drei Tupelodilatatoren gebraucht; die so bewirkte Erweiterung verlor sich jedoch sehr schnell. Schliesslich wurde nach genügender Dilatation ein künstlicher Kehlkopf eingesetzt, welcher den Patienten befähigte, durch den Mund zu athmen und in einem lauten Flüsterton zu sprechen.

Folgendes sind die eigenen Worte des Autors über die Methode der Ausführung der Dilatation, nachdem die Wunde durch Ligaturen (wie in dem beobachteten Fall) etwas erweitert worden ist:

„Sobald die Passage breit genug ist, einen Urethralcatheter Nr. 10 durchzulassen, kann man einen Tupelostiftdilatator einführen. Der dünnste, der gebraucht wurde, hatte den Umfang des Catheters Nr. 4. Besonders gern wurden Dilatatoren von ca. 12 Ctm. Länge genommen. Das spitze Ende derselben soll in geschmolzenes Wachs getaucht werden, um die Einführung zu erleichtern und die Oeffnungen der fibrovasculären Bündel zu verschliessen. Eine seidene Ligatur soll fest rings um die Spitze des Stiftes gewunden und mehrmals durch denselben geführt werden, um ein Abgleiten zu verhüten. Das Ende der Ligatur soll an das untere Ende der Bündels gebunden werden, welches durch den Larynx geht,



während das andere Ende derselben durch den Dilatator etwa $^1/_8$'' von seinem unteren Ende durchgeführt werden soll." Die Spitze des Instrumentes soll $^1/_4$'' oberhalb der Structur hindurchgehen und sein unteres Ende auf der Tracheotomiecanüle ruhen. Der Tupelostift erreicht seinen grössten Umfang in ca. 2 Tagen; alsdann wird ein grösserer eingeführt. Dieses Verfahren wird so lange fortgesetzt, bis die Strictur die Weite der normalen Trachea erreicht hat. Alsdann wird das Pharynxglied eines künstlichen Kehlkopfes eingeführt. P. M'BRIDE.

128) **Mörner** (Upsala). **Histochemische Untersuchungen über die hyaline Grundsubstanz des Trachealknorpels.** *Zeitschrift für physiol. Chemie. XII. 1888.*

Siehe das Referat in Nr. 2 1888 dieses Centralblattes. SEIFERT.

129) **H. Chiari** (Prag). **Neuer Typus von Missbildung an der Trachea des Menschen.** Vortrag in dem Vereine deutscher Aerzte in Prag am 7. December 1888. *Prager med. Wochenschrift. No. 51. 1888.*

Es kommt manchmal über der Bifurcation an der rechten Wand der Trachea ein congenitales, von Schleimhaut ausgekleidetes und von Knorpelplättchen bedecktes Divertikel vor, während die Stammbronchien vollkommen normal ausgebildet und gelagert sind.

Ausserdem aber giebt es Fälle, wo bloss der eparterielle Ast des rechten Stammbronchus nach oben transponirt ist. Der Unterschied beider Typen ist klar. Hoffentlich bringt eine spätere Mittheilung mehr über diesen wichtigen Gegenstand. CHIARI.

130) **S. H. Bennett. Ruptur der Trachea mit Bruch des Sternums und einer Rippe. (Rupture of the trachea with fracture of the sternum and rib.)** *Dublin Journal of Med. Science. August 1888.*

Vorzeigung eines Präparates von Ruptur der Trachea und Fractur des Sternum in Folge eines Stosses. Der Patient starb auf dem Wege zum Krankenhaus. Es bestand zwar eine äussere Wunde, das Blut floss jedoch aus dem Mund. M'BRIDE.

131) **O. Chiari. Ein Fall von Trachealstenose, 7 Jahre nach einer Diphtherie plötzlich auftretend. Heilung durch Tubage. (Un cas de sténose tracheale survenue 7 ans après la diphthérie. Guérie par le tubage.)** *Annales de l'or. etc. No. 7. Juli 1888.*

Ein Kind von 12 Jahren musste wegen Croup tracheotomirt werden. 7 Jahre später wurde die Athmung durch Stenose der Trachea erschwert. Eine durch 5 Monate fortgesetzte Dilatation brachte Heilung. E. J. MOURE.

f. Schilddrüse.

132) **John Duncan** (Edinburgh). **Ueber den Werth der Electrolyse beim Angion und Kropf. (On the value of electrolysis in angioma and goitre.)** *Brit. Méd. Journal. 3. November 1888.*

Verf., eine anerkannte Autorität in dem Gebrauch der Electrolyse, berichtet eine Anzahl von Fällen, um den Werth dieser Behandlungsmethode bei Gefäss-

tumoren zu erläutern. Es ist dies die beste Behandlungsmethode bei Angiomen, wenn folgende Bedingungen vorhanden sind: 1. Wenn der Tumor wächst; 2. wenn es wichtig ist, eine Narbe zu vermeiden; 3. wenn der subcutane Theil im Verhältniss zu dem cutanen Theil des Tumors von beträchtlicher Grösse ist.

Er hält die Electrolyse für die einzig zu rechtfertigende Methode beim cirsoiden Aneurysma und berichtet 11 glücklich verlaufene Fälle. Wenn er auch nicht die Fälle von Kropf bestimmen kann, die sich zur Electrolyse eignen, so sind seine bisherigen Resultate dennoch sehr ermuthigend. Von 14 von ihm behandelten Patienten sind 6 ganz geheilt, 4 sind aus dem Gesicht verloren, 3 sind noch in Behandlung und nur in 1 Fall ist keine Aenderung im Tumor eingetreten.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

133) **Wahlberg** (Finland). **Unterbindung der Art. thyreoidea bei Struma. (Underbindning af Art. thyreoidea vid Struma.)** *Finska läkaresällskabets Handlingar Bd. 28. p. 4:5.*

Verf. demonstrirt eine Patientin mit Struma, er hatte die Art. thyreoidea superior, die unmittelbar unter dem Platysma verläuft, unterbunden, meint aber, dass die Operation wegen des sich schnell entwickelnden Collateralkreislaufes keinen grossen Nutzen hat.

SCHMIEGELOW.

134) **Rydigier** (Krakau). **Zur Behandlung des Kropfes durch Unterbindung der zuführenden Arterien.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 49 u. 50. 1888.*

R. operirte 12 Fälle in dieser Art, und zwar wurden 11 Mal alle 4 Arterien unterbunden. Der Schnitt wurde am Aussenrande des M. sternocleidomast. geführt und zwar etwas tiefer als bei Drobnik, nämlich am unteren Rande der Clavicula beginnend. Man kommt nämlich so leichter zum Truncus thyreo-cervicalis und kann auch den Schnitt leichter durch die Kleidung verdecken. Jede Arterie wurde doppelt unterbunden; alle Fälle heilten unter einem Verbande. Der Erfolg war 10 Mal ein vorzüglicher; einmal, als nur die Arterien der rechten Seite unterbunden waren, und ein anderes Mal, wo sich eine Cyste vorfand, trat auf dieser Seite keine nennenswerthe Verkleinerung ein. Nach R. hat die Unterbindung selbst aller 4 Arteriën bei Struma fibrosa, cystica, gelatinosa, sarcomatosa und carcinomatosa wenig Erfolg, den besten aber bei frischer Struma parenchymatosa.

Cachexia strumipriva wurde niemals beobachtet. was R. dadurch erklärt, dass eben die Schilddrüse langsam sich verkleinerte; übrigens hält R. den Zusammenhang zwischen Strumaexstirpation und dieser Cachexie nicht für erwiesen. Unter 23 Unterbindungen, die R. an Struma-Arterien machte, riss nur einmal das Gefäss ab; doch hält auch er die Wandungen der zuführenden Arterien für dünner und mürber als die anderer Arterien. Den Schluss bildet die Geschichte der 12 Fälle.

CHIARI.

135) **Walter Whitehead** (Manchester). **Auszug aus einer klinischen Vorlesung über die Chirurgie der Schilddrüse. (Abstract of a clinic lecture on the surgery of the thyroid.)** *Lancet. 10. März 1888.*

Nach einem Hinweis auf die Beziehung zwischen der Schilddrüse und dem Myxoedem und auf den Zustand nach Exstirpation der Schilddrüse, beschreibt

W. die anatomischen Beziehungen und den macroscopischen Bau der Schilddrüse. Alsdann bespricht er die Exstirpation, die er viele Male ausgeführt hat und nicht für so schrecklich hält, wenn man geeignete Vorsichtsmassregeln trifft.

Er empfiehlt, Schicht für Schicht sorgfältig zu spalten, bis man die Kapsel erreicht; die Gefässe sollen mit einer doppelten Ligatur versehen und dann durchschnitten werden. Die dicksten Anheftungsstellen des Tumors können mit einem stumpfen Instrument gelöst werden.

Sodann bespricht er die Abtragung oder Spaltung des Isthmus wegen Dyspnoe, was bisweilen von grossem Nutzen ist.

In einem Falle hat W. die spontane Auflösung eines Kropfes gesehen. Er macht darauf aufmerksam, dass man die Verletzung der Recurrentes vermeiden solle. Das Hauptprincip seiner Nachbehandlung ist freie Drajnage und Immobilisirung des Kopfes für 4 oder 5 Tage. A. E. GARROD.

136) **Schultén** (Helsingfors). **Drei Strumectomien. (Tre Strumectomier.)** *Finska Läkaresällskapets Handlingar. p. 665. 1888.*

Fall I. 53jährige Frau. Faustgrosser Tumor auf der rechten Seite des Halses. Dauer der Krankheit: 17 Jahre. 11. Juni Operation. — 29. Juni wurde die Patientin geheilt entlassen. Struma fibrosa.

Fall II. 20jähriger Mann. Der Tumor liegt auf der rechten Seite des Halses und erstreckt sich vom Sternum bis an den unteren Rand der Cart. thyreoidea. Entwickelungszeit: 10 Jahre. Diagnose: Struma follicularis. Excision am 12. Juni. Gewicht der Struma: 200 grm. — wurde geheilt am 28. Juni entlassen.

Fall III. 49jährige Frau. Seit mehreren Jahren hat sich eine Geschwulst auf der vorderen und rechten Seite des Halses entwickelt. Jodinjectionen haben vorübergehend gute Resultate gehabt. 12. September Exstirpation. — Die Struma enthielt eine hämorrhagische Cyste. — Pat. wurde geheilt am 28. September entlassen.

Der Verf. theilt im Anschluss an diese Mittheilungen eine Uebersicht von 13 Strumaexstirpationen, die in Finnland gemacht worden sind, mit. Es handelt sich in allen Fällen um partielle Strumectomien. — Die Operation ist in allen Fällen gut verlaufen und die Operationswunde geheilt.

Es folgt eine Uebersicht von Indicationen der Operation und von anderen Operationen, die gegen Struma vorgeschlagen sind. SCHMIEGELOW.

137) **Térillon.** Beobachtungen, gesammelt von Vignard, Interne à la Salpétrière. **Drei Fälle von Kropf; intraglandulüre Ausschälung und die Methode von Luton. (Trois observations de goitre; énucléation intraglandulaire et méthode de Luton.)**

Der Titel besagt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

138) **Trzebicky** (Krakau). **Weitere Erfahrungen über die Resection des Kropfes nach Mikulicz.** *Arch. für klin. Chirurgie. XXXVII. 3. (September?) 1888.*

Auf Grund von 15 weiteren, nach der Methode von Mikulicz operirten Strumen kommt Fr. zu dem Schlusse, dass diese Methode allen Anforderungen,

welche man heute an die Operation des Kropfes stellen müsse, vollkommen entspräche.

In 1 mit Basedow'scher Krankheit complicirten Falle sind alle Symptome derselben nach der Resection des Kropfes dauernd rückgängig geworden.

SEIFERT.

139) **Salzer** (Wien). **Eine Trachealcanüle für Struma-Patienten.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 29. 1888.*

S. wendete zum 1. Male vor 3 Jahren bei einer tracheotomirten Strumapatientin ein kleinfingerdickes, $15\frac{1}{2}$ Ctm. langes Hartgummirohr an, welches 5 Ctm. vom Ende entfernt beinahe rechtwinklig abgebogen wurde. Der im Wundcanale liegende 10 Ctm. lange Schenkel trug an seiner oberen Umrandung mehrere querstehende Löcher, um die bewegliche Halsplatte mittels einer Sicherheitsnadel an jeder Stelle befestigen zu können. Jetzt wird sie aus Metall gefertigt, aber das Wesentliche, nämlich der lange gerade, im Wundcanal liegende Schenkel, die kurze Krümmung und die bewegliche Halsplatte sind geblieben. Der Vorzug dieser Canüle, besonders bei tiefer Halswunde, ist wohl unbestreitbar. CHIARI.

140) **Albertin. Krebs der Schilddrüse. (Du cancer du corps thyroide.)** *Province méd. 21. Januar 1888.*

A. studirt diese Tumoren, indem er dabei an die Classification von Luecke, Cornil und Ranvier, Rose und Ziegler erinnert. Mit Rose und Braun ist er der Ansicht, dass das Carcinom am häufigsten vorkommt. Das schnelle Fortschreiten, der spontane Schmerz, die Symptome der Nachbarschaft sind ebenso viele Zeichen der Malignität der Neubildungen. Die Enthaltung oder die vollständige Exstirpation des Tumors sind die zu befolgenden Regeln. E. J. MOURE.

141) **E. Rollet. Notiz über zwei Fälle von Krebs der Schilddrüse von äusserst acuter Form. (Note sur deux cas de cancer thyroide à forme suraigue.)** *Gaz. méd. de Paris. No. 20 u. 21. 19 u. 26. Mai 1888.*

Im ersten Fall handelt es sich um einen 35jährigen Mann, dessen Kropf, der seit 18—19 Jahren bestand, plötzlich stark an Volumen zunahm und fand man, dass der Tumor sich vom Schildknorpel bis zum Arcus aortae erstreckte und beide Carotides communes sowie die Jugulares internae bedeckte. Die Trachea hatte die Form einer Säbelscheide.

Der zweite Fall ähnelt sehr dem ersten. Der Tumor sass an der Trachea fest. Es handelte sich in beiden Fällen um primären Krebs, der sich in alten Kröpfen entwickelt hatte. E. J. MOURE.

g. Oesophagus.

142) **Reiersen** (Kopenhagen). **Ueber Cancer oesophagi mit besonderer Rücksichtnahme auf die Behandlung. (Om Cancer oesophagi med sarligt Hensyn til Behandlingen.)** *Ugesk. for Laeger. No. 39. December 1888.*

Die Mittheilungen stützen sich auf eigene Erfahrungen. Das Alter der Kranken war zwischen 50—80 Jahren; alle waren Potatoren. Mehrmals hat der

Verf. die Beobachtung gemacht, dass die Patienten weiche und flüssige Nahrungsmittel verschlucken konnten, und doch war die Verengerung so bedeutend in diesen Fällen, dass die dünnsten Sonden nicht passirten. Je früher die Sondenbehandlung eingeleitet werden kann, desto besser wird es natürlich gelingen, mit der Sondeneinführung gute Resultate zu erreichen und zu conserviren. — Nachdem der Verf. allgemeine Regeln für die Bougirung des Oesophagus angeführt hat, theilt er mit, dass nach seiner Erfahrung Metastasen des Oesophaguskrebses selten sind und spät auftreten, was vielleicht die Aussichten einer Radicaloperation, so wie sie Billroth vorgeschlagen hat, in geeigneten Fällen bessert. SCHMIEGELOW.

143) **Sprague. Krebs des Oesophagus. (Cancer of the oesophagus.)** *Edinburgh Med. Journal. November 1888.*

Ein Präparat wurde der Carlisle Med. Soc. vorgelegt. M'BRIDE.

144) **Archibald Carmichael** (North Lonsdale). **Bemerkungen über einen Fall von Gastrostomie. (Remarks on a case of gastrostomy.)** *British Medical Journal. 27. October 1888.*

Patientin, eine Frau von 38 Jahren, litt an maligner Erkrankung des Oesophagus. Sie starb am 103. Tag nach der Operation. A. E. GARROD.

145) **J. Berg** (Stockholm). **Zwei Fälle von Gastrostomie. (Två Fall af gastrostomi.)** *Svenska Läkaresällskabets förhandlingar. p. 140. 1887.*

Beide Fälle verliefen tödtlich. — In dem einen Falle, bei einem 84jährigen Manne, fand sich ein Divertikel, das an der Uebergangsstelle zwischen Pharynx und Oesophagus mit dem Digestionstract mittelst einer 12 Mm. grossen Oeffnung in Verbindung stand. — Pat. hatte an Schluckbeschwerden seit 18 Jahren gelitten, und die Sonde blieb immer in der Höhe der oberen Thoraxapertur stecken. Die Gastrostomie wurde nur auf den bestimmten Wunsch des Patienten gemacht.

In dem anderen Falle handelte es sich um einen 37jährigen Neger, der seit 1 Jahr an Schluckbeschwerden gelitten hatte. Während der letzten Tage konnte er nichts schlucken. Bei der Obduction wurde in der Mitte des Schlundrohres eine grosse Ulceration, die den linken Hauptbronchus perforirt und septische Pneumonie hervorgerufen hatte, gefunden. SCHMIEGELOW.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) **Mégevand** (Genève). **Beitrag zur pathologischen Anatomie des Rachengewölbes. (Contribution à l'étude anatomo-pathologique des maladies de la voute du pharynx.)** Thèse inaugurale couronnée présentée à la faculté de Genève. Genf, 1887.

b) **Suchannek** (Zürich). **Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des Rachengewölbes.** Habilitationsschrift pro venia legendi a. d. Universitat Zürich. Jena, 1888.

Es ist bekannt, welcher Streit in der Frage über die anatomische Bedeutung einer in der Mittellinie des Rachengewölbes oft vorkommenden Ein-



senkung der Schleimhaut gegenwärtig unter den Leuten vom Fach noch herrscht, und manch' Einem von uns ist es bei Alledem wohl schon etwas ungemüthlich im innersten Bewusstsein geworden, wenn er die verschiedenen Beschreibungen von den zahlreichen schönen Operationserfolgen las, welche manch guter Name über die sog. Bursa pharyngea veröffentlicht hat. Um so erfreulicher ist es für den Ref., hiermit dem Leser zwei in der Schweiz geschriebene anatomische Arbeiten über das Rachengewölbe vorzustellen, um so mehr als die beiden gründlichen Arbeiten sich im Wesentlichen gerade auch bezüglich der Streitfrage beinahe decken und so die letztere einer baldigen Lösung nahe zu rücken scheint.

Mégevand, der das Rachengewölbe im pathologischen Institut des Prof. Zahn an hundert Leichen macro- und microscopisch untersucht hat, bezeichnet die Bursa pharyngea als einen Sack, dessen Ausmündung in die Schleimhaut 6—12 Millimeter hinter dem oberen Ende des Septums stets genau in der Mittellinie des Fornix liege, sich trichterförmig gegen das Os basilare zuspitze und gewöhnlich am Faserknorpel desselben oder im subadenoiden Bindegewebe endige und einige Millimeter Tiefe und Quere habe. Von den Oeffnungen, welche sich häufig im adenoiden Gewebe finden, unterscheide sich die Oeffnung der Bursa durch das strenge Einhalten der Mitte, während die anderen zerstreut zu beiden Seiten lägen. Ganz besonders zeichne sich die echte Bursa vor dem Täschchen des adenoiden Gewebes durch Absonderung eines schleimig-eitrigen Inhalts aus, der verschieden von der Secretion der Umgebung sei und auch grosse Zellen mit Fetttröpfchen sowie Flimmerepithelien von den Taschenwänden enthalte, und, oft Borken bildend, unter dem Wasserstrahl viel fester anhafte, als der übrige Schleim. Tornwaldt's Behauptung von der Existenz einer besonderen Tasche mit besonderer Absonderung und besonderen klinischen Symptomen sei somit erwiesen. Diese Bursa habe also nichts zu thun mit den Vertiefungen, wie man sie so häufig im adenoiden Gewebe des Gewölbes finde. Doch giebt er zu, dass die Structur der Wände der Bursa pharyngea analog dem Gewebe der Tonsilla pharyngea sei. Bezüglich der Entwickelungsgeschichte der Tasche neigt M. sich der Ansicht Luschka's zu, welcher dieselbe genetisch mit der Hirnhypophyse in Zusammenhang bringt, indem beide durch totale Abschnürung der Rachenschleimhaut entständen. Er beschreibt 26 Autopsiefälle von Catarrh der Bursa, in denen sein Befund mit den Angaben Tornwaldt's vollkommen übereinstimmt. Er glaubt auch wie dieser, dass diese Catarrhe Rückbleibsel von abgelaufenen allgemeinen Catarrhen des Nasenrachenraumes seien.

Suchannek, welcher mit dem Microscop an der berühmten Tornwaldtschen Schrift mitarbeitete, kommt durch seine anatomischen Untersuchungen zu ähnlichen Befunden aber anderen Schlüssen als M. Er prüfte neben einer grossen Zahl von Leichen Erwachsener 4 Neugeborene und zwei unreife Kinder von 8 Monaten auf die Bursa pharyngea. Er fand bei den Kleinen schon die Tonsilla pharyngea mit der stark ausgeprägten mittleren Furche und in deren hinterstem Theil eine kleine Einsenkung. Von grösserer Tiefe aber derselben oder vom Bestehen eines sackartigen Beutels war keine Rede. Bei den Erwachsenen „wurde in der That“ in der Medianlinie des Fornix eine Tasche bemerkbar, die sich jedoch, wenn man genau zusah, in narbig verändertem strahligen Gewebe befand



und nichts weiter als einen Rest der mittleren Furche der Tonsille vorstellte. S. hat nichts dagegen, wenn Tornwaldt und Mégevand solcher pathologisch veränderten Tonsillarspalte, die sehr wohl der Sitz von Eiterungen werden kann, den Namen der Bursa pharyngea geben, unter der Bedingung, dass sie sonst die anatomische Zugehörigkeit derselben zur Rachenmandel anerkennen.

Dass T. vielleicht im Gegentheil diese bisher als Producte der chronischen Entzündung bezeichneten Veränderungen in das Gebiet des Physiologischen versetzen wolle. analog den Veränderungen in den Ovarien, das möchte S. doch bezweifeln. Man kann auch wirklich S. nur beistimmen, wenn er sagt, M.'s Befunde bewiesen nirgends, dass die von ihm gesehenen medianen Taschen etwas anderes seien als pathologische Veränderungen in der Rachentonsille. Jedenfalls spricht das von M. als Criterium angegebene Einhalten der Mitte, die Art der Secretion im entzündlichen Zustande und der microscopische Befund ebenso sehr für Vorgänge im adenoiden Gewebe als für einen andersartigen subadenoiden Sack.

So finden wir die beiden Autoren in, einerseits unfreiwilliger, Uebereinstimmung und der bekannte Schlachtruf: Bursa oder Tonsilla! könnte verstummen. Aber da tritt neuerdings noch ein gewichtiger Kämpe in die Schranken und zwar Schäffer in Bremen. Derselbe stellt in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde No. 8 1888 die Behauptung auf, dass nach seinen klinischen Erfahrungen die wirkliche Bursa pharyngea Luschka's tiefer, d. h. an der senkrechten Rachenwand etwas höher als das Gaumensegel und nicht da liege, wo Tornwaldt und Mégevand meinen. Walb hinwiederum versetzt sie (Erfahrungen aus dem Gebiet der Nasen- und Rachenkrankheiten Bonn 1888) in den Fornix, die anatomische Frage ausdrücklich offen lassend. So kann jedenfalls die Fortexistenz der Confusion in dieser scheinbar einfachen Frage noch nicht ganz geleugnet werden. Dieselbe wird nur durch noch viel zahlreichere anatomische und klinische Untersuchungen, als bisher geschehen, sicher beseitigt werden, welche dann auch über die Schäffer'schen Befunde, die offenbar selten sind, Aufklärung schaffen. Auffallend ist es, dass Voltolini in seinem letzterschienenen Buch über „die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes“ (Breslau 1888) die Bursa pharyngea, abgesehen von 3 mitgetheilten eigenen anatomischen Befunden. die ihm für die physiologische Existenz der Bursa sprechen, pathologisch nur ganz kurz und nur mit ausdrücklich fremden Citaten behandelt. Es scheinen überhaupt eine Anzahl namhafter Autoren, die gewiss in hohem Grade befähigt wären, Erfahrungen bezüglich des Tornwaldt'schen Symptomencomplexes zu sammeln, noch wenig eigene Erfahrungen zu besitzen und es kann wohl daraus geschlossen werden, dass das Leiden in gewissen Ländern, z. B. im Norden, ziemlich häufig, dagegen in anderen Gegenden äusserst selten sein mag. Auch Ref. gehört trotz eines anständig grossen Materials an Untersuchungen und operativen Eingriffen im Nasenrachenraum zu den Unerfahrensten in diesen Sachen. M. beschreibt in einem folgenden Capitel 16 Fälle von Cysten der Bursa. Da dieselben aber wieder stets im Gebiet des adenoiden Gewebes lagen, welches gern cystisch zu entarten scheint, so haben die Cystenbefunde keinen Einfluss auf die Frage der Bursa. M. schreibt nur die median gelegenen grösseren Cysten der Bursa zu. S. beschreibt seinerseits ganz gleiche Befunde über Cysten im Fornix

und weist diese natürlich der Tonsille zu. Schäffer fand, beiläufig bemerkt. die einzige Cyste, die er unter 6000 auf die Bursa rhinoscopirten Personen entdecken konnte, wieder im unteren Theil des Nasenrachenraumes hinter dem Zäpfchen.

Auffallend ist ein ferneres Kapitel M.'s über Ulcerationen des Fornix und der Bursa, welche hier isolirt vorkommen und vom Verf. weder als syphilitisch, noch als tuberculös, sondern als catarrhalisch beurtheilt wurden. Die fünf Fälle vertheilten sich auf 1 Typhus-, 1 Carcinom-, 2 chronische Nephritis- und einen Tuberculosecadaver. Auch bei Letzterem war der tuberculöse Charakter des Geschwürs nicht nachweisbar. Impfversuche wurden aber nicht gemacht. Die Ulcera hatten bis 6 Mmtr. Tiefe und über 1 Ctm. Durchmesser. Ihre Umgebung war stark hyperämisch, Borken bildeten sie selten.

Suchannek fand viermal Geschwüre oder Erosionen im Rachengewölbe, drei davon waren sicher tuberculös und das vierte wenigstens auch an einem tuberculösen Cadaver.

Endlich sei noch das Vorkommen sehr kleiner Papillen erwähnt, welche beide Autoren am Rachendach vorfanden und übereinstimmend beschreiben. M. fand dieselben oft stark vascularisirt und glaubt, dass kleine Blutungen und Blutfäden in den Sputis mitunter daher rühren mögen. S. sieht die Papillen aus histologischen Gründen als Resultate chronischer Entzündung an.

Die hier unvollständig aber in der Hauptsache angeführten macroscopischen Befunde der beiden vortrefflichen und umfangreichen Arbeiten wurden von den Autoren auch gründlich microscopisch behandelt, was l. c. nachzulesen ist. Einen microscopischen Vorgang nur, den S. regelmässig, selbst beim 8monatlichen Fötus nachweisen konnte, möchte ich anführen, nämlich die Emigration von Leucocyten durch das Epithel der Oberfläche, welche im gesammten adenoiden Lager vor sich gehe (Taf. III).

Beide Verf. demonstriren auch auf einigen Tafeln theils macro-, theils microscopische Funde, so stellt z. B. S. auch interessante plastische Abdrücke des Rachengewölbes dar. Als Lob einer formellen Sache möchte ich die grosse Uebersichtlichkeit M.'s in der Eintheilung des reichen Stoffes hervorheben. Die beiden verdienstvollen Monographien sind es werth, gründlich gelesen zu werden.

Postscriptum. Soeben, nach Abfassung dieser Besprechng, erhielt Ref. die Schrift von R. Kasemann in Königsberg: „Der Catarrh des Recessus pharyngeus medius, seine Bedeutung und vereinfachte chirurgische Behandlung (Wiesbaden 1889)", welche betreffs der Bursafrage wie Suchannek ganz auf dem Standpunkte Schwabach's steht und den Ref., abgesehen von dem therapeutischen Hauptinhalt der Schrift auch dadurch befriedigt, dass K. hinsichtlich des Vorkommens der „Tornwaldt'schen Krankheit" eine besonders starke Concentration nach der Nordküste hin annimmt.

JONQUIÈRE

Namen-Register.*)

A.

B.

*) Die fett gedruckten Zahlen hinter den Autornamen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, während die dünn gedruckten sich auf Citate seiner Ansichten, Theilnahme an Discussionen etc. etc. beziehen.

C.







Sach-Register.

A.

B.

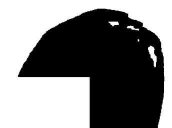


E.



F.

H.



I.



J.

K.



L.



M.

N.

O.

P.



S.





T.



U.

V.

